

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 10/2001

Editorial	Über-, Unter- und Fehlversorgung	448
	Resolution	448
Berufspolitik	Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten	450
	17. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	454
	Aus der Vorstandssitzung	458
Amtliche Bekanntmachungen	Epidemiologische Berichte der LUA Sachsen	
	jetzt im Internet	459
	Bestattung von Fehlgeburten	459
	Neue betäubungsmittelrechtliche Regelungen	460
Mitteilungen der Geschäftsstelle	25. Kammerversammlung 10. 11. 2001	460
	Weiterbildungsprüfungen	461
	Facharztprüfungen 1992 bis 2000	462
	Urlaub Bezirksstelle Chemnitz	463
	Konzerte und Ausstellungen	465
	Theaterabend	465
	Kunst in der Heilkunst – Netter Art Collection	465
Sächsische Ärzteversorgung	Informationen zum Euro	464
	Impressum	466
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	466
	Praxisbörse in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen	467
Pressemitteilung	Pressemitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie	467
Originalien	St. Leinung, Th. Schulz, L. C. Horn und R. Keitel	
	Abklärung der nonpalpablen mammographisch karzinomsuspekten Mammaläsion durch die Mammotome-Vakuumbiopsie	468
	F. R. Kreuz	
	Genetische Beratung von Familien mit Huntingtonscher Krankheit und Heredoataxien	472
Leserbriefe	Leserbrief Dipl.-Med. Ines Einhenkel	478
	Leserbrief Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt	479
Personalia	Unsere Jubilare im November	481
	Professor em. Dr. med. habil. Manfred Paerisch zum 80. Geburtstag	482
	Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. Erhard D. Meyer	484
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2001	
	Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie im Freistaat Sachsen 2000	

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, per e-mail: dresden@slaek.de und der „Sächsische Gesundheitslotse“ unter www.gesundheitslotse-sachsen.de zu erreichen/abrufbar.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Nun liegt es auf dem Tisch, das 3. Gutachten des Sachverständigenrates: „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ im deutschen Gesundheitswesen hieß die zu untersuchende Problematik. Dabei konzentrierte sich der Rat besonders auf chronische Krankheiten und griff krankheitsgruppenübergreifende Struktur- und Qualitätsprobleme auf. Mit betrachtet wurden zudem Qualitätsunterschiede zwischen Ost und West. Mit Hilfe von grundlegenden Überlegungen und Definitionen zur Bedarfsgerechtigkeit erfolgte eine systematische Analyse der Indikationsbereiche:

- Ischämische Herzerkrankungen,
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen,
- Chronisch, obstruktive Lungen-erkrankungen,
- Rückenleiden,
- Krebserkrankungen und
- Depressive Störungen.

Das Gesamtfazit des Gutachtens fällt für das deutsche Gesundheitswesen nicht gerade positiv aus. In fast allen untersuchten Bereichen bestehen demnach Mängel bei der Leistungsqualität, den Strukturen sowie Organisation und Kooperation. Qualitätsmängel treten vor allem in der ambulanten Versorgung, den Pflege-teams und weiteren Gesundheitsberufen auf. Im Ost-West-Vergleich zeigt sich

mit Einschränkungen eine weitgehende Anpassung der ostdeutschen Gesundheitsverhältnisse an das westdeutsche Niveau. Trotzdem sieht der Sachverständigenrat „die Notwendigkeit, die Lebenssituation und die Gesundheitslage der ostdeutschen Bevölkerung nicht aus den Augen zu verlieren“. In Gesamtdeutschland besteht zudem ein deutliches Missverhältnis zwischen der Überversorgung im kurativen Bereich einerseits und einer Unterversorgung im Bereich der Prävention und Rehabilitation chronisch Kranker andererseits. Besonders kritisch fällt die Bewertung der Versorgung von Diabetes mellitus aus. Hier hat sich, laut Gutachten, in den „letzten zehn Jahren trotz vielfältiger Bemühungen und einiger regionaler Teilerfolge nicht grundlegend etwas verbessert“. Übersehen wird dabei, dass kaum ein Land in Europa die in der Erklärung von St. Vincent formulierten Ziele zur Halbierung der Spätkomplikationen bei Diabetes auch nur annähernd erreicht hat. Positiv zu bewerten sind die Hinweise auf überholte Paradigmen, Fehlansätze und Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland durch den Sachverständigenrat. Bei der Versorgung chronisch Kranker beschreibt er treffend den Status quo. Dennoch bleibt das Gutachten bei der Formulierung daraus resultierender Empfehlungen und Forderungen auf allge-

meinen und unverbindlichen Ebenen stehen, die gerade für Ärzte und Patienten wenig hilfreich sind. Sicher sollten und können Entscheidungen der Politik nicht von vornherein eingeengt werden, aber konkretere Hinweise an die Akteure im gegliederten System wären für alle Beteiligten und für die eigene Handlungssicherheit nützlicher. Die Zeit von Modellprojekten mit den daraus folgenden „Insellösungen“ ist vorbei. Vielmehr sollte man integrierte Versorgungsstrukturen aufbauen, wie dies zum Beispiel in Sachsen bei der ebenenübergreifenden, multiprofessionellen und patientenzentrierten Diabetikerversorgung gemacht wird. Der Rat ist bei seinen „Lektionen aus zehn Jahren (Diabetiker-) Versorgung in Deutschland“ auf halbem Wege stehen geblieben und er hat es versäumt, eine konkrete Zukunftsperspektive aufzuzeigen, die eine grundlegende Änderung von Strukturen einer integrierten Versorgung und die Verbesserung von Anreizen für Ärzte und Patienten beinhalten könnte. Auch eine Diskussion über Wissen und Werte in der Medizin hätte mit diesem Gutachten angestoßen werden können. Was bleibt sind viele Fragen und wenig Antworten.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Resolution

Der Präsident und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sind erschüttert und voll Trauer über den Tod und die Verletzung von über 5.000 Menschen durch die Terroranschläge am 11. September 2001 auf das World Trade Center und das Pentagon in den USA. Wir sprechen den Verletzten und den Angehörigen der Toten unser tief empfundenes Beileid aus.

Wir appellieren an die Regierungen aller demokratischen Länder, sich dafür einzusetzen, dass die notwendige Verfolgung der Attentäter, ihrer Helfer und Auftraggeber nicht zu einem Verlust unserer humanitären Prinzipien, zu Fremdenhass und der Gefahr eines Krieges führt. In Verantwortung für nachfolgende Generationen müssen wir alles für die Befriedung unserer Welt und die Überwindung

des Hasses zwischen Menschen und Völkern tun. Der Diplomatie ist der Vorrang vor militärischen Aktionen zu geben.

Dresden, den 21. September 2001

Sächsische Landesärztekammer
Präsident und Vorstand

Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten

Krzeszowa/Kreisau
14. - 16. September 2001



Ehemaliges Gut der Familie von Moltke, heute Internationales Jugendbegegnungszentrum in Kreisau

Mediziner Sachsens und Polens zu gemeinsamen Treffen in Krzeszowa/Kreisau

Mitten in einer malerischen Auenlandschaft, in dem kleinen polnischen Ort Krzeszowa/Kreisau, umgeben von alten Bauernhöfen, befindet sich das herrschaftliche Anwesen der Adelsfamilie von Moltke. Ein großzügig angelegter Platz wird von einem Schloss, ehemaligen Stallanlagen und Wirtschaftsgebäuden umschlossen. Der historisch und politisch bekannteste Vertreter der Familie war Helmuth James von Moltke. Er gründete zusammen mit Claus von Stauffenberg und anderen den „Kreisauer Kreis“, welcher das Attentat auf Hitler vom 20. Juli 1944 plante und vorbereitete. An diesem geschichtsträchtigen Ort fand das 1. Polnisch-Deutsche Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ statt. Dieses internationale Treffen zwischen der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer wurde von über 200 Teilnehmer besucht. Unter ihnen befanden sich namhafte Persönlichkeiten aus Politik, Medizin und Gesellschaft: Der Präsident Dr. Włodzimierz Bednorz von der Niederschlesischen Ärztekammer und der Präsident Prof. Dr. Jan Schulze von der Sächsischen Landesärztekammer. Weiterhin der Polnische Vizegesundheits-

minister, Dr. Andrzej Rys, und der Sächsische Staatsminister für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Dr. Hans Geisler. Außerdem der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe sowie die Präsidenten deutscher und polnischer Ärztekammern und Vertreter des deutschen sowie polnischen Konsulates.

Der Wunsch nach Zusammenarbeit

Dr. Bednorz eröffnete die Veranstaltung mit einem Grußwort. Darin verwies er auf die gemeinsame deutsch-polnische Geschichte. Außerdem äußerte er unter anderem den Wunsch nach einer weiterhin guten Zusammenarbeit zwischen der polnischen und sächsischen Ärztekammer, vor allem im Hinblick auf die zukünftige Mitgliedschaft Polens in der Europäischen Union. Diesen Wunsch unterstrich er mehrfach in persönlichen Gesprächen und in seinem Schlusswort am zweiten Tag des Symposiums. Er unterbreitete auch sehr konkrete Vorschläge. Seiner Meinung nach können beide Kammern sich in der weiteren Entwicklung in Fragen der Verwaltung und der Ausgestaltung von berufspolitischen Problemen unterstützen. Denn das polnische Gesundheitssystem mit einer Vielzahl niedergelassener Ärzte und der einjährigen vertraglichen Bindung mit einer Krankenver-



sicherung birgt viele Probleme, die in Deutschland und Sachsen bereits gelöst wurden.

Das erstmalige internationale Symposium kann nach Meinung des Präsidenten auch dazu beitragen, dass das alte polnische Sprichwort: „Ein Deutscher wird niemals Bruder eines Polen sein“ irgendwann so lautet, wie es sein Vater einmal formuliert hat: „Es kommt die Zeit, wo ein Deutscher der Bruder eines Polen sein kann“. Mit den Wünschen auf noch viele gemeinsame Treffen übergab er der Sächsischen Landesärztekammer ein Gastgeschenk.

Trauer und Hoffnung

Bevor der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, die Gäste begrüßte, drückte er seine Bestürzung über die Ereignisse in den USA vom 11. September 2001, den „tragischsten Tag im 21. Jahrhundert“, aus. Zugleich betrachtete er das gemeinsame Symposium als eine Form Demokratie und Völkerverständigung zu praktizieren, damit terroristische Bestrebungen keinen Erfolg haben. Mit Blick auf eine fast zehnjährige Zusammenarbeit zwischen der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer dankte er allen an diesem Prozess beteiligten. Zur Intensi-



Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (r.) überreicht im Beisein des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer (m.) das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft an den Präsidenten der Niederschlesischen Ärztekammer, Dr. Włodzimierz Bednorz (l.)

vierung der Kontakte in den nächsten Jahren schlug Prof. Dr. Schulze die Bildung einer Deutsch-polnischen Arbeitsgruppe vor, die insbesondere eine fachliche Zusammenarbeit organisieren und koordinieren soll. Spätestens in zwei Jahren könnten erste Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe in einem zweiten Symposium vorgestellt und diskutiert werden. Dieser Vorschlag wurde mit großer Zustimmung aufgenommen.

Den Höhepunkt des ersten Abends bildete die Verleihung des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft durch den Präsidenten der Bundesärztekammer an den Präsidenten der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, Dr. Włodzimierz Bednorz. Herr Prof. Jörg-Dietrich Hoppe würdigte in seiner Laudatio die außerordentlichen beruflichen Leistungen und die Bemühungen von Herrn Bednorz um die Deutsch-polnische Zusammenarbeit, nicht nur der beiden vertretenen Ärztekammern. Seiner Meinung nach war dieses internationale Symposium aus deutscher Sicht das Erste überhaupt. Ihm ist kein solches Beispiel der Zusammenarbeit zwischen einer deutschen und einer ausländischen Ärztekammer bekannt.

Im Anschluss daran nahm Frau Dr. Schmoranz-Schwenke stellvertretend für ihren erkrankten Mann, Dr. Peter Schwenke, als Auszeichnung für dessen Verdienste um die sächsisch-polnische Zusammenarbeit von dem Präsidenten der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer die Mikulicz-Radecki-Medaille entgegen.

Geschichte verbindet

Der Vormittag des zweiten Tages stand ganz im Zeichen historischer Verbindungen zwischen Sachsen und Polen, Säch-

sischer und Polnischer Niederschlesischer Ärztekammer. In insgesamt sechs Fachvorträgen gingen die Referenten auf die Entwicklungen der Ärztekammern in Lwow/Lemberg, in Niederschlesien und Wroclaw sowie in Sachsen ein. Ein Thema war auch die bisherige Zusammenarbeit der beiden vertretenen Ärztekammern, die seit 1992 Kontakte unterhalten. Mit den Vorträgen wurde ein zeitlicher Abschnitt von 1893 bis 2000 umrissen. Einzelne Beiträge sollen in den folgenden Ausgaben des Ärzteblattes Sachsen veröffentlicht werden.



Ehrung für Mikulicz Radecki – Chirurg und Politiker

Mikulicz Radecki ist in Niederschlesien einer der bekanntesten Ärzte gewesen. Neben seinen beruflichen Leistungen hat er sich auch für die berufspolitischen Belange der Ärzteschaft eingesetzt. Aus diesem Grund fand eine Kranzniederlegung an seinem Grab statt. Die Präsidenten sowie Vertreter der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer und



Prof. Dr. med. Albrecht Scholz (Dresden) sprach über die Ärztekammer und Ärztevereine in Schlesien bis 1945

der Sächsischen Landesärztekammer nahmen im Beisein weiterer Abgeordneter von Berufsverbänden die Ehrung vor.

Was bringt uns die Zukunft?

Polen ist einer der nächsten Kandidaten, wenn es um die Aufnahme eines Landes in die Europäische Union geht. In den nächsten Jahren soll dieses Land Mitglied der Europäischen Union werden. Europa, Europäische Union und Ärzte im vereinten Europa waren die Schwerpunkte des zweiten Tagungsabschnitts. Zum einen ging es in den Referaten um allgemeine Probleme der Aufnahme. Zum anderen ging es aber auch um ganz spezielle Fragestellungen, wie zum Beispiel: Gehen die guten (cleversten) Ärzte in die westeuropäischen Mitgliedsländer und werden dann deutsche Ärzte nach Polen kommen? Wie verhält es sich mit der Anerkennung polnischer Diplome in den anderen EU-Staaten? Welche Kapitalgeber kaufen polnische Praxen oder Krankenhäuser? Dies sind alles Punkte mit großer politischer Brisanz. Die polnische Kammer steht gerade hier in dem Zwiespalt zwischen politisch wünschenswertem und ökonomisch vertretbarem. Gerade die notwendige finanzielle Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bereitet momentan die größten Probleme. Eine staatliche Kreditförderung wurde zwar kürzlich beschlossen, davon profitieren kann aber nur ein Bruchteil der niedergelassenen Ärzte. Die Beiträge der Referenten des politischen Teils werden ebenfalls in einer der folgenden Ausgaben des Ärzteblattes Sachsen veröffentlicht.

Europa braucht Polen

Durch die vielbeachtete Rede des ehemaligen SPD-Bundesministers, Prof. Egon Bahr, erfuhr das Symposium eine wahrlich europäische Dimension. Der Mitinitiator der europäischen und aktiver Begleiter der deutschen Einheit entwickelte in seinem freien Vortrag Visionen von einem gemeinsamen Haus Europa unter der Mitgliedschaft Polens. Seiner Auffassung nach werden auf Po-



Bundesminister a.D., Prof. Egon Bahr, während seiner Rede über Polen und die Europäische Union

len ungeahnte Probleme zukommen, so wie dies auch bei der deutschen Einheit der Fall gewesen ist. Er selbst machte deutlich, dass bei dem sehr umfangreichen perfekten Vertragswerk zur deutschen Vereinigung eines übersehen wurde: Die Unterschiede in der sozialen Mentalität der Bürger in Ost und West. Gleichzeitig hatte es Deutschland auf dem Weg zur Einheit zu eilig. Deshalb sollte sich Polen auf dem Weg in die Europäische Union Zeit lassen. „Denn eines steht fest: Polen als Nato-Partner wird mit Sicherheit Mitglied der Europäischen Union. Es ist nur eine Frage der Zeit. So manches Detail wird noch zu klären sein, doch die Aufnahme Polens in die Europäische Union steht außer Frage“, so Prof. Bahr. Aber ein Problem könnte seiner Meinung nach die Europäische Union spalten. An dieser Stelle entwickelte er die Vision eines Konflikts vor dem Hintergrund des terroristischen Anschlags in den USA vom 11. September 2001. „Die USA als angeschlagene Weltmacht wird mit Hilfe hochentwickelter militärischer Technik versuchen, sich ihre Position als unverwundbare Nation zurück zu erobern. Und nehmen wir an, die USA will in einigen Jahren ihr geplantes Raketenabwehrsystem in

Europa stationieren, dann würde England, die Türkei und Italien sicher zustimmen. Frankreich würde dies ablehnen und Deutschland wäre unentschlossen. Wie aber würde sich Polen verhalten? Polen als kleine, militärisch unbedeutende Nation wäre gezwungen sich zwischen Nato/USA und der Europäischen Union zu entscheiden. Fällt das Ergebnis zugunsten der Nato aus, dann steht der europäische Gedanke und das Deutsch-polnische Verhältnis auf dem Spiel. Entscheidet sich Polen für die Europäische Union, dann sind die Beziehungen zur Weltmacht USA gefährdet. Daraus könnten sich unvorhersehbare Probleme ergeben, die ihm persönlich Angst machen.“ Diese Vision überließ Egon Bahr den Teilnehmern zur Diskussion, fügte aber hinzu, dass Polen gerade für eine europäische Ostpolitik ein wichtiger Partner der EU sein kann, weil dieses Land aufgrund seiner geographischen Lage sehr viele Erfahrungen mit der ehemaligen Sowjetunion und der heuti-

gen Ukraine hat. Für ihn steht deshalb fest: „Europa braucht Polen!“.

Polnisch - deutsche Verständigung

Nach diesem zukunftsweisendem Beitrag sind aus Sicht aller Teilnehmer wesentliche Fragen und Probleme im Symposium behandelt worden, die mit einer Aufnahme Polens in die EU eventuell verbunden sind. In diesem Zusammenhang ist die Einrichtung einer Deutsch-polnischen Arbeitsgruppe ein wichtiger Schritt, um Kooperation und Unterstützung beider Berufsverbände in die richtigen Wege zu leiten. Dieses erste Polnisch-deutsche Symposium hat gleichzeitig auch zu persönlichen Kontakten zwischen deutschen und polnischen Ärzten geführt. Die sprichwörtliche polnische Gastfreundschaft kam auch in Kreisau wieder zum Ausdruck. Diese Kontakte werden mit Sicherheit weiter ausgebaut und intensiviert, so dass es neben der offiziellen Arbeitsgruppe auch zu einer Zusammenarbeit im Kleinen kommen wird, jenseits der großen Politik. Und



Im Gespräch: Der Sächsische Gesundheitsminister, Dr. Hans Geisler, Prof. Egon Bahr und der Sächsische Ärztekammerpräsident Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (v.r.n.l.)

gerade darin liegt auch ein Grund im Herbst 2003 erneut ein solches Symposium durch zu führen – aber dann in Sachsen.

Knut Köhler

17. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

22. September 2001

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete 9.00 Uhr die turnusmäßig einberufene Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen im Max-Bürger-Saal des Kammergebäudes.

Der Einladung des Präsidenten zur Teilnahme an der 17. Tagung waren 21 der gewählten Vorsitzenden der 28 sächsischen Kreisärztekammern, die Mitglieder des Vorstandes, die Geschäftsführung und Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammern gefolgt. Der Präsident begrüßte herzlich alle Anwesenden und insbesondere die Referenten.

Zum Beginn der Tagung gedachten der Präsident und die Tagungsteilnehmer den vielen Tausend Toten und Verletzten

der barbarischen Terroranschläge auf die Vereinigten Staaten von Amerika am 11. September 2001. Dieser teuflische Akt richtete sich gegen die Grundprinzipien unserer menschlichen Zivilisation. Den Opfern, die das amerikanische Volk zu beklagen hat, und den Angehörigen der Opfer gilt das tiefempfundene Mitgefühl.

Aktuelle gesundheits-, sozial- und berufspolitische Lage

Bericht: Professor Dr. Jan Schulze
Der Präsident berichtete über die Beratung mit Herrn Staatsminister Dr. Hans Geisler im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie am 5. September 2001. Herr Professor Dr. Jan Schulze legte folgende Probleme dar:

■ Im Osten Deutschlands besteht eine allgemeine gesamtgesellschaftliche Epidemiologie, die auch für Ärzte zutreffend ist. Auf Grund der demografischen Situation des Berufsstandes der Mediziner in Sachsen besteht bereits derzeit und sich deutlich verschärfend in den nächsten fünf bis zehn Jahren ein eklatanter Mangel wichtiger, für die Bevölkerungsver-sorgung erforderlicher, Arztgruppen (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Nervenheilkunde, Öffentliches Gesundheitswesen, Psychotherapeutische Medizin, Laboratoriumsmedizin, Hygiene und Umweltmedizin, Arbeitsmedizin, Pathologie). Zur Zeit sind 20 Allgemeinmedizinpraxen in ländlichen Gebieten nicht besetzbar, 30 weitere Allgemeinmedizinpraxen stehen vor dem Rentenstand.

■ Es besteht ein Mangel an Assistenzmedizinern wegen einer differenzierten Wanderungsbewegung von Ost nach West. Die Abwanderung von Medizinern in andere Berufe, andere Regionen und Länder ist zu verhindern.

■ Das Medizinstudium bedarf dringender Reformierung (Novellierung der Approbationsordnung).

■ Die akademischen Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen sollen mehr Ausbildungsplätze bereitstellen.

■ Der Arzt im Praktikum muss entfallen und ist in das sechsjährige Studium einzubinden.

■ Allgemeinmedizinische Inhalte sind auch an den Universitäten zu vermitteln.

■ Das Förderprogramm Allgemeinmedizin ist konsequent durchzusetzen. In Sachsen besteht derzeit nur eine Auslastung von 60 Prozent.

■ Die Fortbildung in Sachsen, insbesondere bei den Allgemeinmedizinern, hat ein gutes Niveau erreicht. Das hohe fachliche Niveau wird gefördert durch die Einführung der zertifizierten Fortbildung.

■ Durch die Wirksamkeit des Diabetesvertrages in Sachsen sind wesentliche Verbesserungen in der Diabetesbehandlung eingetreten.

■ Für Ärzte und Patienten bestehen Auskunftstellen für Arzneimittelnebenwirkungen an den Instituten für Klinische

Pharmakologie an der Universität Leipzig und der Technischen Universität Dresden.

■ Hinsichtlich des Dialysebedarfes gibt es eine Entwicklung zur Pauschalisierung der Leistungen, welche eine qualitative Verschlechterung der Patientenbetreuung befürchten lässt.

Der Präsident berichtete des Weiteren, dass das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen auf der 14. Beratung am 21. September 2001 beschlossen hat, sich mit den Programmpapieren der politischen Parteien, insbesondere mit den jeweiligen gesundheitspolitischen Schwerpunkten der SPD, Bündnis 90/die Grünen, CDU/CSU und FDP zu befassen und zu analysieren. Das Bündnis wird eine Strategie zur Kontakt- und Einflussnahme auf die Parteien ausarbeiten.

Zusammenarbeit von Arzt und Industrie unter strafrechtlichen und berufsrechtlichen Aspekten

Professor Dr. Jan Schulze – Einführung
Dr. Andreas Prokop,
Vorsitzender Ausschuss Berufsrecht
Assessorin Iris Glowik,
Juristische Geschäftsführerin
Die Ziele der Ärzte und der Gesellschaft bei der Zusammenarbeit mit der Industrie sind die Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts, damit Innovation und

Sicherung einer qualitativen Patientenversorgung. Die Ziele der Industrie sind Weiterentwicklung ihrer Produkte zur Sicherung der eigenen Wettbewerbsfähigkeit sowie Erhöhung der Gewinne des eigenen Unternehmens. Somit besteht eine Konfliktsituation zwischen Arzt und Industrie „Ethik gegen Monethik“. Die Lösung des Konfliktes besteht in der Schaffung von Normen:

■ strafrechtliche Vorschriften „Antikorruptionsgesetz“ durch den Staat;

■ Schaffung von berufsrechtlichen Normen durch die Ärzte selbst;

■ Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten: Paragraph 30 ff der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer.

Unsere Berufsordnung enthält in Abschnitt B „Regeln zur Berufsausübung“ unter IV die Ziffer 4 mit dem Paragraphen 33, dessen Inhalt sich auf die Zusammenarbeit des Arztes mit der Industrie bezieht. In dieser Bestimmung sind sogenannte „unbestimmte Rechtsbegriffe“ enthalten, deren Auslegung letztendlich Sache des Gerichts ist. Unter anderem wird im Paragraph 33 unserer Berufsordnung von unzulässigen Vorteilen gesprochen, die der Arzt nicht annehmen darf, wenn er bestimmte Produkte bei Händlern oder Herstellern

bezieht. Das Sächsische Heilberufekammergesetz hat ausreichende Regelungen, mit denen die Kammer auf Verstöße reagieren kann.

Allerdings sehen die Vortragenden erhebliche Schwierigkeiten bei der Ermittlung derartiger Verstöße und einem berufsrechtlichen Verfahren ohne vorherigem strafrechtlichen Verfahren skeptisch entgegen. Sie setzen vielmehr auf ein kollegiales Gespräch seitens des Vorstandes unter Einbeziehung des Ausschusses Berufsrecht mit dem „beschuldigten“ Kammermitglied. Die Referenten stellten fest, dass unsere Berufsordnung durchaus Regelungen enthält, die den Vorwurf, wir Ärzte seien korrumpierbar, widerlegen lassen. Sollte es jedoch zu Verstößen gegen diese Bestimmungen kommen, werden sie für die Kammer ohne vorheriges Strafverfahren kaum ermittelbar sein. Erfahrungen über die Spruchpraxis der Sächsischen Berufsgerichte liegen noch nicht vor und sind auch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Verletzung und deren Folgen – Prävention als ärztliche Aufgabe

Professor Dr. Dieter Reinhold, Vorsitzender des Ausschusses Prävention und Rehabilitation
Eine Arbeitsgruppe „Prävention von Unfällen“ der Bundesärztekammer unter Leitung von Herrn Professor Dr. Siegrist hatte auf dem 104. Deutschen Ärztetag einen Bericht zum oben genannten Thema vorgelegt. In dem Vortrag von Herrn Professor Dr. Dieter Reinhold wurde das inhaltliche Anliegen dieser Arbeit reflektiert. Dabei wurde deutlich, dass die Behandlung des verletzten Patienten nicht nur ein wichtiger und häufiger Gegenstand ärztlicher Arbeit ist, sondern dass die Verletzungshäufigkeit durch Präventionsmaßnahmen deutlich gesenkt werden kann. Es geht um die Umsetzung der ärztlichen Unfallprävention bei bestimmten Zielgruppen unter Einbeziehung vorhandener Konzepte der ärztlichen Selbstverwaltung sowie um die Schaffung



Prof. Dr. med. Jan Schulze, Dr. med. Günter Bartsch und Dr. med. Andreas Prokop

struktureller gesundheitspolitischer Voraussetzungen beim Aufbau eines nationalen Unfallpräventionsprogramms mit Integration der Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit.

Präventionstage 2002

Professor Dr. Dieter Reinhold, Vorsitzender des Ausschusses Prävention und Rehabilitation
Die Ärztlichen Präventionstage 2002 stehen unter dem Thema „Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im mittleren Erwachsenenalter“. Bei der Altersgruppe – 30. bis 60. Lebensjahr – besteht eine besonders gute Einflussmöglichkeit durch ärztliche Beratung. Es gilt den Patienten-Arzt-Kontakt für die Patienten zu nutzen, um bestehende Risikofaktoren und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen und Gesundheits-Check-ups häufiger anzuwenden. Gegenwärtig gilt es, die Vorbereitungen der Präventionstage auf Bundesebene und in Sachsen durch Information der Ärzte und der Öffentlichkeit über Schwerpunktthemen – „Frei von Tabak“, „Gesund essen“, „Vor Infektionen schützen“, „Sekundäre Alkoholprävention“ – in Gang zu setzen. Das Präventionsziel ist, eine gute Lebensqualität im Alter zu erreichen und zu erhalten.

Integration stationär/ambulant unter künftigen DRG-Bedingungen

Dr. Stefan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen
Ausgehend von einer kritischen Analyse der gegenwärtigen Situation mit den Schwerpunkten

- getrennte Leistungssektoren,
- getrennte Finanzierungskreise,
- nicht kompatible Planungsbereiche,
- doppelte fachärztliche Vorhaltung,
- unbefriedigendes Integrations- und Verzahnungsniveau,

kommt Herr Dr. Helm angesichts der zu erwartenden Effekte aus der DRG – Einführung zur Auffassung, dass durch die Umstellung des Finanzierungs- und Vergütungssystem die im stationären Bereich bereits bestehenden Probleme sich eher verschärfen als lösen werden. Grund für diese Einschätzung liegt in der Beibehaltung grundsätzlich bestehender Rahmenbedingungen (siehe oben) und der isolierten Betrachtung des stationären Bereiches. Politisch gewollte, weitere deutliche Verweildauerreduzierungen in den Krankenhäusern werden den Handlungsbedarf an den Versorgungsschnittstellen (ambulant – stationär – Reha – Pflege) weiter verstärken. Eine starke Orientierung der fallbezogenen Vergütung der Krankenhauspatienten auf Diagnose und Dauer der Behandlung während des stationären Aufenthaltes wirft hinsichtlich der Versorgung und Finanzierung chronischer und multimorbider Krankheitsbilder (Diseasemanagement) neue Fragen auf.

Fortbildungszertifikat der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Professor Dr. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2001, Seite 375 und 376, sind Voraussetzungen zum Erwerb und Regularien der Anerkennung des Fortbildungszertifikats sowie Bewertung von Fortbildungsveranstaltungen dargestellt.

Fragebogen Mobbing in der Ärzteschaft im Freistaat Sachsen

Dr. Brigitte Güttler,
Vorsitzende des Ausschusses Ärztinnen
Mobbing ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, mit dem sich auch der Ausschuss „Ärztinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigt.
Mobbing sind „die fortgesetzte, aufeinander aufbauende oder ineinander übergreifende, der Anfeindung, Schikane oder Diskriminierung dienende Verhaltensweisen, die nach Art und Ablauf im Regelfall einer übergeordneten, von der

Rechtsordnung nicht gedeckten Zielsetzung förderlich sind und jedenfalls in ihrer Gesamtheit das allgemeine Persönlichkeitsrecht oder andere ebenso geschützte Rechte, wie die Ehre oder die Gesundheit des Betroffenen verletzen...“ (Thüringer Landesarbeitsgerichts, Aktenzeichen: 5 Sa 403/00 aus dem Urteil vom 10. April 2001).

Der Ausschuss „Ärztinnen“ möchte mit einem Erhebungsbogen die gegenwärtige Situation der Ärzteschaft im Freistaat Sachsen erfassen. Ziel der Studie ist, ein einheitliches Vorgehen gegen Mobber zu

entwickeln. (Literaturhinweise: Deutsches Ärzteblatt 12/2001, Seite 625 und Deutsches Ärzteblatt 27/2001, A 1811).

Am Ende der 17. Tagung, gegen 17.30 Uhr, bedankte sich der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer bei allen für die aktive Teilnahme und für die facettenreiche, ausführliche und umfassende Diskussion. Herr Professor Dr. Jan Schulze wünschte allen Teilnehmern eine gute Heimfahrt und ein schönes Restwochenende.

klug

Aus der Vorstandssitzung

5. 9. 2001

Der Präsident eröffnete pünktlich 16.00 Uhr die Sitzung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer und bestätigte die Beschlussfähigkeit.

Zunächst wurde Herr Knut Köhler, M. A., der neuberufene Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Sächsischen Landesärztekammer, vorgestellt und eingeführt.

Der erste Tagesordnungspunkt befasste sich mit der Vorbereitung der 25. Kammerversammlung am 10. November 2001.

Es wurden die der Kammerversammlung vorzulegenden Änderungen von Satzungen wegen der Euroumstellung beraten und beschlossen. Sehr großen Raum nahm dann die Vorstellung und Erörterung des Haushaltsplanes 2002 ein. Die im Umfeld steigenden Kosten (Medien, Sachkosten) und die Zunahme der durch die Kammer zu bewältigenden Aufgaben erfordern eine leistungsfähige Computertechnik und führen zu einer moderaten Steigerung des Haushaltes im Jahr 2002. Die ausführliche Diskussion im Vorstand bestätigt einen tragfähigen Haushaltsentwurf für das Jahr 2002, welcher der Kammerversammlung vorgelegt werden kann.

In einem besonderen Tagesordnungspunkt wurde die Haushaltsinanspruchnahme per 31. Juli 2001 erörtert, welche positiv ausfällt.

Im weiteren Verlauf befasste sich der Vorstand mit zahlreichen Vorlagen zu berufsrechtlichen Angelegenheiten.

Nach wie vor nimmt die Diskussion über die Führungsfähigkeit von erworbenen Fähigkeiten und Qualifizierungen einen großen Raum ein. Hier ist Klärungsbedarf vorhanden. Diese Problematik wird an den Satzungsausschuss verwiesen.

Der Präsident, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, berichtete von einem Gespräch mit Herrn Staatsminister Dr. Hans Geisler. Es zeichnen sich gravierende Nachwuchsprobleme namentlich auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin, der Pathologie, der Hygiene, um nur einige zu nennen, ab. Die Gründe hierfür liegen in der finanzbedingten Drosselung der Weiterbildungsstellen in den Krankenhäusern, im Gefälle Ost-West und einer Überalterung der in den neuen Ländern tätigen Ärzteschaft. Die Lehre, Ausbildung und Weiterbildung muss hier neue Akzente setzen.

Der Präsident berichtete, dass die Gesundheitspolitik der Bundesregierung ein Wahlkampfthema werden wird. Es wird eine zunehmende Machtverschiebung bei gesundheitspolitischen Entscheidungen zu den Krankenkassen beobachtet. Eine Aktivierung des Bündnisses Gesundheit 2000 ist unabdingbar. Nach wie vor besteht ein deutliches Defizit bei der Prophylaxe und namentlich bei der Versorgung chronisch Erkrankter.

Die Einführung von Fortbildungszertifikaten durch die Kammer ist ein Erfolg. Das angebotene Programm erreicht alle Ärzte Sachsens und anliegender Bundesländer, eine „Reisetätigkeit“ von erfolgreichen Fortbildungsveranstaltungen durch Sachsen wird nur in Ausnahmen möglich sein.

Frau Dr. Gisela Trübsbach berichtete über die Aktivitäten des Bündnisses Gesundheit 2000. Die nächste Zusammenkunft fand am 21. 9. 2001 statt.

Ende der Vorstandssitzung 22.15 Uhr.

Dr. med. Clemens Weiss
Vorstandsmitglied

Epidemiologische Berichte der LUA Sachsen jetzt im Internet

Erfasste übertragbare meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen

Die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen hat auf Initiative und in Verbindung mit der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen e.V. (GHUSS) im März dieses Jahres eine Internetseite in Betrieb genommen, die unter anderem eine verzögerungsfreie Information oder Rückinformation aller Behörden einschließlich Gesundheitsämter, aller Ärzte und sonst interessierten Personen über die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und sächsischer Meldeverordnung (Aktualisierung steht bevor als IfSGMeldeVO) gemeldeten Infektionskrankheiten und damit über die aktuelle Seuchensituation im Freistaat Sachsen gestattet.

Durch die **wöchentliche Aktualisierung** der Statistiken und unproblematischen und kostenlosen Zugriff ist eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erfüllt – nämlich die „Information for action“, wie die Kurzformel der Infektionsepidemiologie heißen könnte.

Jeder Interessierte mit Internetzugang kann die Homepage der GHUSS unter der Adresse <http://www.ghuss.de> aufrufen. Von der Startseite aus sind gegenwärtig die Bereiche

- Die GHUSS stellt sich vor (Vorstand und Satzung)
 - Epidemiologische Berichte der LUA Sachsen
 - Impfen (Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision – Link zur Sächsischen Landesärztekammer)
 - Infektionsschutz im Freistaat Sachsen (Meldebögen zum Vollzug des Infektionsschutzgesetzes, Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten, Belehrungsmaterial zum IfSG)
 - Hygiene und Umweltmedizin (Empfehlungen zur Kariesprophylaxe in Abhängigkeit vom Fluoridgehalt im Trinkwasser, Trinkwasserdatenbank)
 - Aktuelle Mitteilungen zu erreichen.
- Die Rubrik „Epidemiologische Berichte der LUA Sachsen“ beinhaltet
- die Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten der jeweils letzten und vorletzten Berichtswoche und
 - den Jahresbericht Infektionskrank-

heiten des letzten Kalenderjahres (Kurzform als Tabelle).

Alle Statistiktabellen stehen als Word- und als PDF-Dokumente zur Verfügung und können heruntergeladen und über Microsoft Word oder den Acrobat Reader geöffnet und gedruckt werden. Mit dieser neuen Möglichkeit entfällt die in unregelmäßigen Abständen im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlichte Monatsstatistik der erfassten übertragbaren meldepflichtigen und anderen Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen. Die Internetpräsentation bietet in Verbindung mit der wöchentlichen Aktualisierung wesentlich zeitnähere und komfortablere Informationsmöglichkeiten, die von möglichst vielen ärztlichen Kollegen und anderen an der Epidemiologie der übertragbaren Krankheiten interessierten Personen im Freistaat Sachsen und darüber hinaus im Interesse aller Zweige des Gesundheitswesens und nicht zuletzt unserer Patienten genutzt werden sollten.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vizepräsident und Abteilungsdirektor
Humanmedizin der Landesuntersuchungsanstalt
für das Gesundheits- und Veterinärwesen
Sachsen

Bestattung von Fehlgeburten

Verfahren bei der Bestattung von Fehlgeburten und abgetriebenen Leibesfrüchten nach § 18 Abs. 6 und 7 SächsBestG

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie hat mit Schreiben vom 01.08.2001 (Rundschreiben 2/2001) mitgeteilt, wie bei der Bestattung von Fehlgeburten und abgetriebenen Leibesfrüchten nach dem Säch-

sischen Bestattungsgesetz zu verfahren ist. Danach sind Fehlgeborene hygienisch einwandfrei und unter Rücksicht auf das sittliche Empfinden durch den Inhaber des Gewahrsams zu beseitigen, sofern es nicht Wunsch der Eltern ist, ihr Fehlgeborenes zu bestatten. Unter Berücksichtigung medizinischer, ethischer und bestattungsrechtlicher Aspekte werden nachfolgend die Begriffe erläutert und zum Verfahren der sittlichen Beseitigung Fehlge-

borener und abgetriebener Leibesfrüchte in Abstimmung mit dem Berufsverband der Frauenärzte in Sachsen und dem Berufsverband Deutscher Pathologen in Sachsen Ausführungen gemacht. Die Einzelheiten sind unter der Internetadresse der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de abzurufen.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Neue betäubungsmittelrechtliche Regelungen

Die fünfzehnte Betäubungsmittelrecht-Änderungsverordnung (15. BtM ÄndV, veröffentlicht am 25. Juni 2001, BGBl. I S. 1180) hat die Vorschriften über das Verschreiben von Substitutionsmitteln in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und die Anlage III des

Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) ergänzt und präzisiert. Sie trat am 1. Juli 2001 in Kraft.

Dazu ist im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe C, Nr. 33 vom 17. August 2001, Seite 1677, ein ausführlicher Artikel erschienen.

Wir empfehlen den betreffenden Ärzten, diesen Artikel zur Kenntnis zu nehmen.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

25. Kammerversammlung

10. 11. 2001

Tagesordnung

Tagungsort:

Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Arbeitstagung

am **Sonnabend, den 10. November 2001**,
Beginn: **09:00 Uhr**

1. **Eröffnung der 25. Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Gesundheits- und berufspolitische Fragen für die nächste Zukunft**
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
3. **Allgemeine berufspolitische Aussprache**
4. **Medizinische und ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik**
Prof. Dr. Henry Alexander, Leipzig
Vorsitzender der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“

Prof. Dr. Rolf Haupt, Leipzig
Vorsitzender der Ethikkommission
Diskussion

5. **Sterbehilfe versus Sterbebegleitung**
Aus der Sicht eines Arztes:
Barbara Schubert, Dresden,
Ärztin im St. Joseph-Stift
Aus der Sicht eines Juristen:
Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern,
Leipzig, Mitglied der Ethikkommission
Aus der Sicht eines Berufspolitikers:
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze,
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
Diskussion
6. **Zusammenarbeit von Arzt und Industrie unter strafrechtlichen und berufsrechtlichen Aspekten**
Vertreter der Generalstaatsanwaltschaft Dresden
Dr. Andreas Prokop, Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht
Diskussion
7. **Nachwahl von Mitgliedern für Ausschüsse**
8. **Beschlüsse zu Satzungsänderungen**
 - 8.1. Änderung der Reisekostenordnung
 - 8.2. Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehren-

amtliche Tätigkeit sowie von Unterstützung an die Kreisärztekammern

- 8.3. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung
- 8.4. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung
- 8.5. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe
- 8.6. Satzung zur Änderung der Meldeordnung
- 8.7. Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses
- 8.8. Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelferinnen/Arzthelfer
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
9. **Haushaltsplan für das Jahr 2002**
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
10. **Bekanntgabe des Termins des 12. Sächsischen Ärztetages (26. Kammerversammlung) und der 27. Kammerversammlung**
11. **Verschiedenes**

Weiterbildungsprüfungen

Anerkennung zum Führen einer Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung

Anerkennung einer Fakultativen Weiterbildung

In der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 8. 11. 1993, zuletzt geändert durch Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung vom 4. Juli 2001, sind die rechtlichen Grundlagen für die Prüfung zur Anerkennung von Gebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen sowie Fakultativen Weiterbildungen festgelegt.

Für alle Ärztinnen und Ärzte gilt, dass sie die beantragte Anerkennung einer Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung oder Fakultativen Weiterbildung erst nach erfolgreicher Ablegung der Prüfung erhalten können.

Antragstellung

Der Antrag auf Zulassung zur Prüfung kann grundsätzlich erst **nach** Absolvierung der **Mindestweiterbildungszeit** erfolgen, **da erst dann die Zulassung möglich ist**. Ausnahmsweise kann der Arzt in Weiterbildung den Antrag unter Vorlage der Unterlagen frühestens vier bis acht Wochen vor Erfüllung der Mindestweiterbildungszeit stellen. Das Antragsformular ist beim Referat Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer erhältlich. Die noch benötigten Unterlagen sind dort aufgeführt.

Bei der Zulassung zur Prüfung wird, soweit Operationskataloge angegeben sind, eine detaillierte Aufschlüsselung in jeder Gruppe verlangt, aus der die Anzahl und Art der kleineren, mittleren und größeren Eingriffe eindeutig ersichtlich sind.

Wir weisen auf die große Bedeutung des Weiterbildungszeugnisses gemäß § 11 der Weiterbildungsordnung, insbesondere auf das Zeugnis des letzten Weiterbilders, hin. Das Zeugnis muss die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten des Arztes in Weiterbildung ausführlich darlegen sowie zweifelsfrei zur fachlichen

Eignung Stellung nehmen. Die Vorlage des Abschlusszeugnisses kann erst **nach** Absolvierung der Mindestweiterbildungszeit erfolgen.

Zulassungsverfahren

Im Allgemeinen benötigt die Überprüfung des Antrages bei der Sächsischen Landesärztekammer sechs Wochen. Nach Vorliegen der **kompletten Unterlagen (einschließlich nachgeforderter Ergänzungen)** kann der Antragsteller damit rechnen, dass ihm innerhalb von drei Monaten ein Prüfungstermin zugeteilt wird. Unter Berücksichtigung der Sommerpause kann jedoch nicht immer davon ausgegangen werden, dass diese Zeitplanung durchführbar ist.

Prüfungstermin

Der Antragsteller wird nach Abschluss des Zulassungsverfahrens zum Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen geladen.

Vor dem Prüfungstag erfahren weder der Antragsteller noch seine Weiterbilder oder die Fachprüfer, wer namentlich in das Prüfungsverfahren eingeschaltet ist. Selbstverständlich kann der Antragsteller am Prüfungstag bei der persönlichen Anmeldung in der Sächsischen Landesärztekammer die Namen seiner Prüfer erfahren.

Prüfungsablauf

Alle Prüfungen sind nicht öffentlich.

Die mündlichen Prüfungen sind **Einzelprüfungen** und dauern für jeden Antragsteller in der Regel **30 bis 45 Minuten**.

Die Prüfungskommission entscheidet mehrheitlich in der Regel in einer Besetzung mit drei Ärzten, von denen mindestens zwei selbst die Anerkennung für das zu prüfende Gebiet, den Schwerpunkt, die Zusatzbezeichnung oder die Fakultative Weiterbildung besitzen müssen.

Prüfungsinhalte werden durch die „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Fachkunden, fakultativen Weiterbildungen, Schwerpunkten

und Bereichen der Sächsischen Landesärztekammer“ vom 8. 6. 1994 (im Sinne von Ausführungsbestimmungen der Sächsischen Landesärztekammer zu § 4 Abs. 3 Weiterbildungsordnung) qualitativ und quantitativ konkretisiert. In § 1 Abs. 3 und Abs. 4 der Weiterbildungsordnung sind die jeweils zu fordernden Weiterbildungsinhalte aufgeführt. Dazu gehören natürlich auch das einschlägige Grundlagenwissen (zum Beispiel Pathogenese, Pathophysiologie, Anatomie sowie ausreichende Kenntnisse der Fachliteratur, der Begutachtung, Nachbehandlung und Rehabilitation und andere). Die Prüfung kann sich auch auf das Überprüfen ärztlicher Fertigkeiten (Untersuchungstechniken, bildgebende Verfahren, Mikroskopie, EKG, EEG-Diagnostik und Ähnliches) erstrecken.

Der Vorsitzende händigt dem Antragsteller bei Bestehen der Prüfung im Auftrag der Sächsischen Landesärztekammer die Urkunde über die erworbene Bezeichnung aus.

Bei Nichtbestehen erteilt die Sächsische Landesärztekammer einen schriftlichen Bescheid mit der Begründung einschließ-

lich der von der Prüfungskommission beschlossenen Auflagen – im Allgemeinen Verlängerung der Weiterbildungszeit – und einer Rechtsbehelfsbelehrung.

Wir müssen ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dass das Eingehen von terminlichen Verpflichtungen (zum Beispiel Anmietung von Praxisräumen, Einstellung von Personal, zu

frühe Beantragung des Zulassungsverfahrens bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen oder Ähnliches) keinerlei Einfluss auf Termingestaltung, Ablauf und Bewertung der Prüfung haben kann.

Für alle Fragen, die mit der Vorbereitung und Durchführung der Prüfung zusammenhängen, können Sie sich gern telefonisch

oder schriftlich an Frau Dipl.-Med. Birgit Gäbler (Tel.-Nr.: 0351 / 8267 313) oder Frau Renate Ziegler (Tel.-Nr.: 0351 / 8267 315)

Referat Weiterbildung/Prüfungswesen der Sächsischen Landesärztekammer wenden.

Dipl.-Med. Birgit Gäbler
Ärztin in der Geschäftsführung
Referat Weiterbildung/Prüfungswesen

Facharztprüfungen 1992 bis 2000

Zur Anzahl der nicht bestandenen Facharztprüfungen in den Jahren 1992 bis 2000 an der Sächsischen Landesärztekammer und ein Vergleich der durchschnittlichen Durchfallquote aller Facharztprüfungen an der

Sächsischen Landesärztekammer mit der in den anderen Landesärztekammern im Jahr 1998

Auf mehrfachen Wunsch veröffentlichen wir ausgewählte Statistiken zu den Weiter-

bildungsprüfungen der Sächsischen Landesärztekammer.

Diese Daten wurden im Rahmen des zweiten Informations- und Erfahrungsaustausches der Prüfer bei der Sächsischen Landesärztekammer am 25. April 2001 in Dresden vorgestellt und diskutiert.

Beim Vergleich der durchschnittlichen Quoten nicht bestandener Facharztprüfungen aller Landesärztekammern im Jahr 1998 (nach einer Analyse der Bundesärztekammer) fiel auf, dass wir in Sachsen mit 1,8 % unter dem Bundesdurchschnitt von 5,0 % lagen (siehe Tabelle 1). Das war für uns Anlass, die Durchfallquoten der Jahre 1992 bis 2000 für alle Fachgebiete in Sachsen zu analysieren. Dabei ergaben sich interessante Zahlen. Von den insgesamt 3.886 bei der Sächsischen Landesärztekammer in den Jahren 1992 bis 2000 durchgeführten Facharztprüfungen wurden 135 nicht bestanden. Die durchschnittliche Quote lag also bei 3,5 %.

Wie in der Tabelle 2 zu ersehen ist, ergeben sich beim Vergleich der einzelnen Fachgebiete in Sachsen bei den Durchfallquoten große Unterschiede. So spielten zum Beispiel bei den Prüfungen zum

Tabelle 1: Zur Anzahl absolvierter und zur Quote nicht bestandener Facharztprüfungen in den 17 Landesärztekammern 1998

Ärztzekammern	Mitglieder 31. 12. 1997	Facharztprüfungen 1998	davon nicht bestanden	
Nordrhein	43.226	1.694	115	= 6,8 %
Baden-Württemberg	45.770	1.490	51	= 3,4 %
Bayern	55.959	1.415	72	= 5,1 %
Westfalen-Lippe	32.457	1.175	81	= 6,9 %
Niedersachsen	29.159	985	32	= 3,2 %
Hessen	28.328	732	41	= 5,6 %
Berlin	23.230	572	27	= 4,7 %
Rheinland-Pfalz	15.353	490	24	= 4,9 %
Sachsen	15.904	488	9	= 1,8 %
Schleswig-Holstein	12.109	428	26	= 6,1 %
Hamburg	10.316	319	22	= 6,9 %
Sachsen-Anhalt	8.916	249	6	= 2,4 %
Saarland	4.819	227	13	= 5,7 %
Thüringen	8.507	196	7	= 3,6 %
Mecklenburg-Vorpommern	6.941	186	9	= 4,8 %
Brandenburg	8.009	182	11	= 6,0 %
Bremen	3.851	147	4	= 2,7 %
Gesamtzahlen BRD	350.854	10.975	550	= 5,0 %

Doppelfacharzt Neurologie und Psychiatrie und auch in der Anästhesiologie die Übergangsbestimmungen unserer neuen Weiterbildungsordnung am Anfang unseres Analysezeitraumes sowie im Gebiet Laboratoriumsmedizin das Problem der kleinen Zahl an Prüfungen insgesamt für die deutlich höheren Durchfallquoten eine Rolle.

Auffällig war, dass es im analysierten Zeitraum 1992 bis 2000 bei Prüfungen in den Gebieten Kinderchirurgie (25), Herzchirurgie (24), Psychotherapeutische Medizin (22), Phoniatrie und Pädaudiologie (22), Transfusionsmedizin (21), Nuklearmedizin (19), Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (17) keine nicht bestandenen Prüfungen gab.

Auch in den Gebieten mit weniger als 10 Prüfungen in den analysierten 9 Jahren wurden alle Prüfungen bestanden, so im Gebiet Hygiene (und Umweltmedizin) 9, Pharmakologie, Klinische Pharmakologie, Plastische Chirurgie, Rechtsmedizin je 7, Physiologie 5, Humangenetik 4, Anatomie 3 sowie Neuropathologie eine Prüfung.

Im Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen erfolgten im Analysezeitraum die Anerkennungen noch nach Aktenprüfung.

Eine Wertung der Unterschiede der Durchschnittsquoten nicht bestandener Prüfungen für die einzelnen Gebiete kann bei der Variation von Jahr zu Jahr und der Komplexität der Ursachen für diese Differenzen nicht erfolgen.

Die Informationen sind aber sicherlich für alle Prüfer und Ärzte in Weiterbildung in unserem Lande von Interesse.

Prof. Dr. med. Gunter Gruber
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Tabelle 2: Anzahl der Facharztprüfungen und der nicht bestandenen Facharztprüfungen an der Sächsischen Landesärztekammer 1992 bis 2000

Fachgebiet	Anzahl der FA-Prüfungen	davon nicht bestanden	Prozent
Gesamtzahl	3.886	135	3,5
AUSWAHL:			
Innere Medizin	669	28	4,2
Allgemeinmedizin	493	7	1,4
Anästhesiologie	410	36	8,8
Chirurgie	358	13	3,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	279	11	3,9
Kinderheilkunde	215	4	1,9
Orthopädie	169	5	3,0
Radiologie/ Diagnostische Radiologie/ Radiologische Diagnostik	134	7	5,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	128	1	0,8
Psychiatrie/(+Psychotherapie)	122	1	0,8
Augenheilkunde	107	2	1,9
HNO-Heilkunde	101	1	1,0
Urologie	101	1	1,0
Neurologie	85	5	5,9
Öffentliches Gesundheitswesen	65	0	0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	56	1	1,8
Physikalische und Rehabilitative Medizin/Physiotherapie	40	2	5,0
Arbeitsmedizin	35	1	2,9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	28	1	3,6
Pathologie	23	1	4,3
Neurochirurgie	19	1	5,3
Strahlentherapie	15	1	6,7
Neurologie und Psychiatrie	14	3	21,4
Laboratoriumsmedizin	9	2	22,2

Urlaub Bezirksstelle Chemnitz

Die Bezirksstelle Chemnitz ist wegen Urlaub vom 8. Oktober bis einschließlich 21. Oktober 2001 geschlossen. In dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Telefon: (03 51) 82 67 - 0.

Hinweise für Autoren

von Mitteilungen, Bekanntmachungen, berufs- und gesundheitspolitischen Artikeln und medizinisch-wissenschaftlichen Beiträgen zur Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de> unter Link „Ärztblatt Sachsen“ abrufbar.

Sächsische Ärzteversorgung Informationen zum Euro

Sehr geehrtes Mitglied,
ab 1. Januar 2002 gilt der Euro in allen 12 Teilnehmerstaaten der Europäischen Währungsunion als offizielles gesetzliches Zahlungsmittel und löst im täglichen Bargeld- und Zahlungsverkehr die nationalen Währungen ab. Die DM-Beträge werden auf fünf Stellen nach dem Komma genau umgerechnet und dann kaufmännisch gerundet. **Der fixe Kurs beträgt: 1 Euro = 1,95583 DM.**

Obwohl der Euro bis dahin noch nicht als Bargeld verfügbar ist, spielt er als sogenanntes Buchgeld in vielen Bereichen des Geschäftslebens schon seit längerem eine Rolle. Die Sächsische Ärzteversorgung befasst sich seit 1999 mit dieser Problematik und bereitet die Umstellung auf die neue Währung intensiv und sicher vor:
Wie ist der Stand in der Sächsischen Ärzteversorgung?

Die Einführung des Euro berührt nicht nur den unmittelbaren Zahlungsverkehr, sondern vor allem den Bereich der Datenverwaltung. Im Laufe von fast 10 Jahren haben sich enorme Datenmengen angesammelt, die in den einzelnen Mitgliederkonten den Nachweis für die Beitragszahlungen und damit die Voraussetzung für die Leistungsberechnung bilden. Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen für die Umrechnung von DM in EUR wird jede Einzelbuchung in der neuen Währung berechnet, die Konten für jedes Mitglied exakt abgestimmt und zum 1. Januar 2002 zusammen mit dem gesamten Geschäftsablauf auf die neue Währung umgestellt. Das heißt, jegliche den Beitrag und sonstige Zahlungsverpflichtungen betreffende Bescheide sowie der Jahreskontoausweis und Bescheide oder Auskünfte zur Versorgungsleistung werden ab diesem Tag in Euro erstellt.

Dazu wurden im Jahr 2000 im Bereich der Hard- und Software die notwendigen Voraussetzungen geschaffen. Entsprechend einer festgelegten Strategie werden, zeitlich und inhaltlich abgestimmt, alle Bereiche angepasst. Erste Großtests der Währungsumstellungsprogramme im Bereich der Mitgliederkonten, Finanzbuchhaltung

und Vermögensverwaltung wurden bereits erfolgreich abgeschlossen. Mit der Prüfung des Jahresabschlusses 2000 wurde der Sächsischen Ärzteversorgung durch die beauftragte Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ein termin- und qualitätsgerechter Stand der Euro-Umstellung bestätigt, so dass mit einer störungsfreien Umstellung auf die neue Hauswährung gerechnet wird.

Was ergibt sich für die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung?

Bis zum 31. 12. 2001 ist der Transfer von Beiträgen und Leistungen wahlweise in DM oder in EUR möglich. Die Umrechnung übernimmt dabei das jeweilige Bankinstitut. Ebenso werden bis zum 31. 12. 2001 die Beitragskonten und Anwartschaften weiter in DM geführt und die Beitrags- und Leistungsbescheide (Versorgungsleistungen) in DM ausgestellt. Für die laufende Beitragszahlung ab 1. 1. 2002 ist der zuletzt ausgestellte Beitragsbescheid, die Beitragsmahnung, die Beitragsstundung usw. rechtsverbindlich. Das Mitglied ist verpflichtet die Forderung entsprechend dem Umrechnungskurs (1 Euro = 1,95583 DM) in der neuen Währung zu überweisen.

Eine vorfristige Information über die individuelle Beitragshöhe an jedes Mitglied ist nicht möglich, da die erst zum Ende des Jahres durch den Bundesrat beschlossenen Beitragsgrößen der Sozialversicherung maßgeblich die Höhe der Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung bestimmen. Ein einfaches Verfahren ergibt sich für diejenigen Mitglieder, die am **Lastschriftverfahren** teilnehmen, oder einen **Dauerauftrag** ausgelöst haben. Hier erfolgt der Einzug entsprechend dem umgestellten Beitragskonto, oder übernimmt das jeweilige Bankinstitut die Umrechnung. Wenn Sie der Sächsischen Ärzteversorgung in diesem Zusammenhang die Lastschriftermächtigung erteilen wollen, setzen Sie sich mit ihrem Bearbeiter in Verbindung oder verwenden das auf unserer Internetseite (www.saev.de) vorliegende Antragsformular. Beitragszahler, die den **Mindest-, oder den halben Mindestbeitrag oder den Höchstbeitrag** zahlen,

entnehmen die Umrechnung der entsprechenden Veröffentlichung im Ärzteblatt Sachsen (Januarausgabe 2002) oder unserer Internetseite. Angestellte Mitglieder (**Selbstzahler**) überweisen bitte den Betrag, der in der monatlichen Gehaltsmitteilung als Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil zur Rentenversicherung ausgewiesen wird, sofern nicht der Arbeitgeber die Überweisung für Sie übernimmt.

Die durch die eigene Umrechnung hervorgerufenen Abweichungen werden mit dem nächsten Bescheid festgestellt und die Forderungen und geleisteten Zahlungen in korrekter Höhe ausgewiesen.

Was ergibt sich für Leistungsempfänger der Sächsischen Ärzteversorgung?

Empfänger von Altersruhegeld, Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit oder Hinterbliebenenversorgungsleistungen erhalten im Januar 2002 einen Ruhegeldbescheid, aus dem die Rentenhöhe in der neuen Währung hervorgeht sowie die Dynamisierung um 1% entsprechend dem Beschluss der 12. erweiterten Kammerversammlung vom 16. 6. 2001. Um Ihnen die Leistung wie gewohnt zum 1. Werktag im Monat auf Ihrem Konto zur Verfügung zu stellen, werden die Zahlungsanweisungen rechtzeitig im Dezember an die Bank gegeben. Bitte bedenken Sie, dass es wegen der Umstellung zu einer Verzögerung bei der Überweisung durch die Banken kommen könnte. Darauf hat die Sächsische Ärzteversorgung keinen Einfluss. Sie können selbstverständlich jederzeit nachfragen und Auskunft zur Zahlung erhalten. Denken Sie daran, ab 1. Januar 2002 bei allen Zahlungsaufträgen immer die Währungsbezeichnung EUR zu verwenden. Sollten Sie dennoch Fragen oder Unsicherheiten in Bezug auf die Währungsumstellung für den Bereich der Sächsischen Ärzteversorgung, die Höhe Ihrer Beitragsverpflichtung oder sonstiges haben, so informieren wir Sie gern. Rufen Sie dazu am besten Ihre zuständige Bearbeiterin oder die Geschäftsführung (Tel. 0351/ 8267 250) an.

Angela Thalheim
Geschäftsführerin der Sächsischen Ärzteversorgung

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte

Sonntag, 4. November 2001

11.00 Uhr

Junge Matinee

Große Duowerke

Sonaten von Richard Strauss,
Franz Schubert u.a.
Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 2. Dezember 2001

11.00 Uhr

Junge Matinee

Bläsermusik zum Weihnachtsfest

Es musizieren Schüler des
Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Donnerstag, 13. Dezember 2001

19.30 Uhr

Weihnachtliches Konzert

Es musiziert die Streichgruppe des
Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums,
Sächsische Spezialschule für Musik Dresden
Leitung: Kammervirtuos Volker Ditzsch

Ausstellungen

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Netter Art Collection

Kunst in der Heilkunst

(Thieme Verlag Stuttgart)

bis 12. November 2001

Ali Nassir

Malerei und Zeichnungen

13. November 2001 bis 14. Januar 2002

Vernissage

Donnerstag, 15. November 2001,
19.30 Uhr

Einführung Dr. phil. Ingrid Koch, Dresden

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

Dyrck Bondzin

„Still-Leben, Portraits,

Landschaft“

bis 28. Februar 2002

Blut, Galle, Wasser, Schleim

Das Institut für Geschichte der Medizin sowie der Förderverein der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus laden alle interessierten Kolleginnen und Kollegen zu einem

Theaterabend

am 16. November, 19.30 Uhr,

in den Hörsaal für Orthopädie der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Eingang Pfotenhauer Straße, ein.

Texte der Weltliteratur um Krankheit und Heilung, Arzt und Patient, Diagnose und Therapie werden in kurzweiligen 90 Minuten szenisch aufbereitet und komödiantisch dargeboten. Eine unterhaltsame und rasante Fahrstuhlfahrt durch die Medizin- und Literaturgeschichte der letzten 2000 Jahre. Es spielt Heiner Fange-
rau Lefèvre (Bonn), Regie führt Bertolt List.

Kunst in der Heilkunst – Netter Art Collection



Seit über 25 Jahren erscheinen die von Frank H. Netter illustrierten „Farbatlanten der Medizin“ mit realistischen Patientendarstellungen. Viele Mediziner haben im Studium oder in der Praxis die Bände für ihre Aus- und Weiterbildung genutzt. Diese bekannte Reihe und vor allem der Illustrator Netter sollten eine besondere Würdigung erhalten. Zehn der weltweit bedeutendsten Gegenwartsünstler wurden vom Thieme Verlag eingeladen, Entwürfe für die Einbände der Farbatlanten zu gestalten. Die entstandenen Arbeiten von Rosemarie Trockel, Lawrence Weiner, Peter Halley, Matt Mullican, Thomas Locher, Mark Dion, Mark Francis, Stephen

Willats, Thomas Grünfeld und Andres Serrano können in einer Ausstellung **bis zum 12. November 2001 in der Sächsischen Landesärztekammer** in Dresden besichtigt werden. Die ausgewählten Künstler beschäftigten sich seit vielen Jahren mit den Themen wie Medizin und Naturwissenschaften. In jeweils acht Arbeiten setzten sie sich mit „ihrem“ Band auseinander. Dazu besuchten sie Kliniken, Kranken- oder Leichenhäuser. Die ausgestellten Arbeiten sind so unterschiedlich wie die Künstler selbst.

Knut Köhler

**Ärztblatt Sachsen**

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluß ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0
Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
e-mail: dresden@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner**Anschrift der Redaktion**

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>
e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider (-27)

Anzeigenannahme: Silke El Gendy (-26)

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 71,00 € (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 € (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 € (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Wir weisen darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Chemnitz/Stadt

2 Fachärzte für Kinderheilkunde

1 Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Zwickau/Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Planungsbereich Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(Badearzt bei entsprechenden Voraussetzungen möglich)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 11. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie

Planungsbereich Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Planungsbereich Weißeritzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 11. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Delitzsch

Facharzt für Kinderheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 11. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht:

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Anfang 2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 8 82 83 30.

KVS Landesgeschäftsstelle

Praxisbörse in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Kontakte erleichtern

Wer seine Praxis abgeben möchte, für den wird die Suche nach einem geeigneten Nachfolger immer problematischer. Bei diesem mühsamen Geschäft will die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen mit der Einrichtung einer Praxisbörse ein wenig helfen. Abgebende Ärzte und interessierten Nachfolgern soll ein möglichst schneller Kontakt ermöglicht werden.

Informationen zusammenführen

Die Praxisbörse beinhaltet Daten zu:

- Ärzten, die Interesse für eine Praxisübernahme zeigen

- Ärzten, die Ihre Praxis abgeben wollen.

Aufnahme in die Praxisbörse über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Wer gern in die Praxisbörse „rein“ möchte oder Informationen zum Thema wünscht, wendet sich bitte an die Bezirksstellen der KV Sachsen:

Bezirksstelle Chemnitz:

Telefon-Nr. (03 71) 2 78 94 03

E-mail: chemnitz@kv-sachsen.de

Bezirksstelle Dresden:

Telefon-Nr. (03 51) 8 82 83 10

E-mail: dresden@kv-sachsen.de

Bezirksstelle Leipzig:

Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 48

Email: leipzig@kv-sachsen.de

KV-Praxisbörse und Ausschreibung unter „Arzt-Infos“ auch im Internet

Informationen finden Sie auch auf den Internetseiten der KV Sachsen ab Oktober, wenn Sie „Arzt-Infos“ und danach direkt „Praxisbörse“ anklicken.

Zukünftig sollen auch die Ausschreibungen hier aufgenommen werden.

Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Pressemitteilung

Schaffung wichtiger Rahmenbedingungen für die Einführung des Fallpauschalensystems steht noch aus

Vor einer Aushöhlung der Aufgaben der Landeskrankenhausplanung durch die Regelungen des Fallpauschalensystems warnte der Sächsische Staatsminister für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Dr. Hans Geisler, in Leipzig. Auf der Festveranstaltung anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Verbandes der Privatkrankenanstalten im Freistaat Sachsen sagte Sachsens Gesundheitsminister, grundlegende Änderungen im vorliegenden Entwurf des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems seien notwendig. Angesichts der bisherigen Entwicklung der Entwurfsfassungen und der Reaktionen des Bundesministeriums für Gesundheit auf die Kritik seitens der Bundesländer hege er wenig Hoffnung, dass diese Forderungen erfüllt würden. Änderungsvorschläge zur Regelung der Sicherstellungszuschläge durch die Länder für notwendige, aber wirtschaftlich nicht gesicherte Versorgungsleistungen, seien nicht berücksichtigt worden. Ebenso sei die Neuregelung, die den Krankenkassen direkte Eingriffe in die Versorgungsverträge ermöglichen soll, nicht herausgenommen worden. An der erfolgreichen Entwicklung des sächsischen Krankenhauswesens werde

sichtbar, wie das Land seine Verpflichtungen zur Gestaltung zukunftsicherer Bedingungen der stationären Akutversorgung wahrnimmt. Mit Kassen und Krankenhausgesellschaft, Kommunalverbänden und Standesvertretungen seien heute alle wesentlich Beteiligten bei der Krankenhausplanung einbezogen. Die Letztentscheidung bei der Krankenhausplanung müsse aber dem Land vorbehalten sein, um divergierende Partikularinteressen der Beteiligten gemeinwohlorientiert zu Gunsten der Patienten auszugleichen. Die Zuständigkeit des Landes für die Planung dürfe nicht aufgeweicht werden, warnte Dr. Hans

Geisler. Prinzipiell habe er gegen die Einführung der Fallpauschalen-Vergütung keine Vorbehalte. Es gebe anscheinend keine Alternative, um die Effizienz der Krankenhausbehandlung zu erhöhen und unnötige Aufenthaltszeiten zu vermeiden. Abschließend sagte der sächsische Gesundheitsminister, die Zustimmung zu einem Fallpauschalensystem werde jedoch entscheidend davon abhängen, in welche Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens dieses System eingebettet ist.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales,
Gesundheit, Jugend und Familie

Abklärung der nonpalpablen mammographisch karzinomsuspekten Mammaläsion durch die Mammotome-Vakuumbiopsie

Universität Leipzig
Medizinische Fakultät

¹ Chirurgische Klinik und Poliklinik I

² Klinik und Poliklinik für Diagnostische Radiologie

³ Institut für Pathologie

Zusammenfassung

Die Vakuumstanzbiopsie ist eine neue sichere Methode zur schonenden Abklärung einer nichttastbaren mammographisch karzinomsuspekten Mammaläsion. Die Methode soll an Hand eigener Ergebnisse vorgestellt werden, da eine immer höhere Anzahl von mammographisch suspekten Mammaläsionen eine definitive Abklärung erfordern, die in diesem Falle minimal-invasiv und ohne Vollnarkose erfolgen kann.

Nur über ein Teamwork von Chirurgen, diagnostischen und strahlentherapeutischen Radiologen sowie Pathologen im Rahmen eines regelmäßigen interdisziplinären Austausches werden sowohl Diagnostik als auch die definitive operative Versorgung den hohen Stellenwert erreichen, der dem höchsten Anspruch gerecht wird.

Schlüsselwörter: Mammakarzinom, nonpalpabel, Vakuumstanzbiopsie

Einleitung

Die Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms ist in den letzten Jahrzehnten deutlich differenzierter geworden. Klare Indikationen zur brusterhaltenden und ablativen Therapie, so auch beim duktalem in-situ-Karzinom (DCIS) durch die Van Nuys Klassifikation nach Silverstein, lassen eine verantwortungsbewußte und sichere Brusterhaltung für einen Teil der Mammakarzinompatientinnen zu. Außerdem ist in den folgenden Jahrzehnten mit einer weiteren Stadienverschiebung zu kleineren Tumorstadien in der Primärversorgung des Mammakarzinoms zu rechnen. So wird das Management der nonpalpablen karzinomsuspekten Mammaläsion zunehmend in den Vordergrund des klinischen Alltages und auch der wissenschaftlichen Auseinandersetzung rücken.

In einer Analyse ambulanter Operationen der Jahre 1996 bis 1998 zur Abklärung nichttastbarer Mammabefunde unserer

Klinik, die nach dem „Goldstandard“ durch eine Drahtmarkierung der Läsion vor der Excision erfolgten, wurde von 206 drahtmarkierten Excisionen bei 40 Patientinnen (19,4%) ein Karzinom diagnostiziert. 166 Patientinnen, das sind etwa 80% der Patientinnen, wurden also nur aus diagnostischen Gründen operiert und hatten das Risiko von Narkose, Wundinfekt, kosmetischen Folgen und Narbenbildungen, die möglicherweise die spätere mammographische Beurteilbarkeit erschweren.

Seit Ende des Jahres 1999 steht der Chirurgischen Klinik I und den Patientinnen der Region die Mammotome-Vakuumbiopsie zur schonenden und sicheren Abklärung dieser nonpalpablen mammographisch suspekten Herde (meist Mikrokalareale) zur Verfügung.

Wir möchten die Präsentation der ersten Ergebnisse nutzen, die Methode in diesem Rahmen vorzustellen.

Prinzip der stereotaktischen Vakuumsaugbiopsie (Mammotome®)

Das Mammotome ist eine Gerätekombination (Abbildung 1) durch die es ambulant in Lokalanästhesie möglich ist, eine nichttastbare tumorsuspekte Mammaläsion stereotaktisch durch die sogenannte „Fenstermammographie“ einzustellen und dann ein spezielles Biopsiesystem (Abbildung 2 und 3) computerassistent genau in die Mitte der Läsion zu platzieren. Die korrekte Lage der Biopsienadel am Mikrokalareal wird mammographisch kontrolliert. Durch Drehung der an einer Seite offenen Biopsienadel und wiederholtes Stanzen und Ansaugen von Gewebe in die Nadel und Absaugen von Sekret aus der Läsion erhält man etwa 15 bis 20 Biopsiezylinder jeder Läsion. Dabei wird die Biopsienadel im Uhrzeigersinn gedreht und es erfolgt bei „12, 2, 4, 6, 8, 10 Uhr“ eine Vakuumstanzbiopsie. Durch zweimaliges Wiederholen der Biopsieprozedur nach gleichem Schema auf zwei weiteren Ebenen werden Stanzzylinder

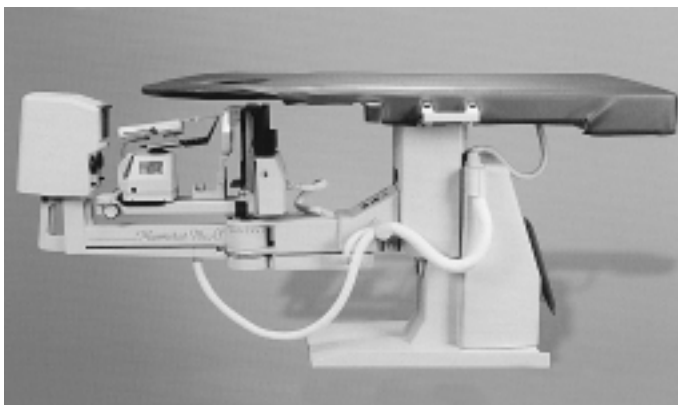


Abb. 1.: „Fisher table“ mit Mammographeschwenkarm

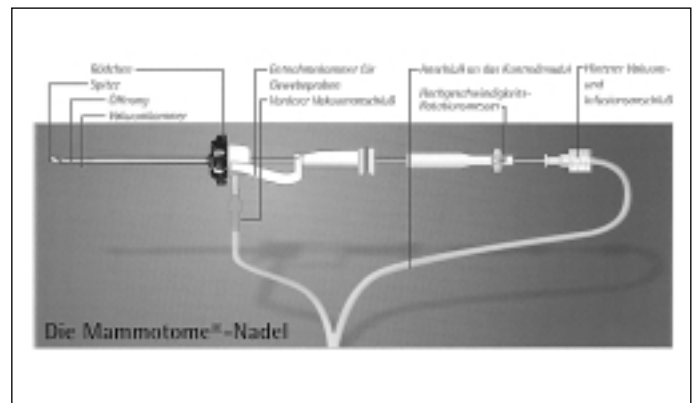


Abb. 2.: Schematische Darstellung des Biopsiesystems

aus insgesamt drei Ebenen gewonnen (Abbildung 4). Die Vakuumstanzbiopsie ist ab einer Herdgröße von 1 mm möglich. Wir verwenden eine 11-G-Nadel, durch die eine Einzelzylinderlänge bis maximal 20 mm bei einem Zylinderdurchmesser von 3,1 mm vorliegt. Durch eine dreimalige Rotation der Biopsienadel wird die Entfernung von Läsionen bis etwa 1,8 cm möglich. Auch größere Läsionen sind abklärbar, wobei die diagnostische Sicherheit mit einer Herdgröße ab 2 cm verständlicherweise abnimmt, so dass bei diesen großen Läsionen die drahtmarkierte Excision vorzuziehen ist. Die Gewebzylinder werden in ihrer räumlichen Zuordnung in der Läsion einzeln markiert, es erfolgt eine Präparatammographie (Abbildung 5) und die Stanzzylinder werden separat histopathologisch untersucht. Am Ende der Untersuchung ist eine mammographische Kontrolle des Resektionsergebnisses und bei vollständiger Entfernung der Läsion eine Titanclipmarkierung für eine eventuelle Nachoperation erforderlich.

Eigene Ergebnisse

Von November 1999 bis April 2000 wurden 36 Patientinnen am „Mammotome“ untersucht.

Indikationen waren mammographisch suspekte nonpalpable Läsionen, vor allem neu aufgetretener Mikrokalk, der sich in zwei Ebenen eindeutig darstellte. Mammographisch sichere Karzinome wurden über eine drahtmarkierte weite Excision unter stationären Bedingungen versorgt. Bei 31 Patientinnen (86%) war eine regelrechte Untersuchungsdurchführung möglich. Die Untersuchung konnte bei 4 Patientinnen (11%) nicht durchgeführt werden, da die Läsion bei einer Patientin zu brustwandnah lag und bei 3 Patientinnen die Läsion am Mammotome“-Mammographie-Gerät nicht darstellbar war. Die Ursache dafür ist mit einer etwas geringeren Auflösung der Vergrößerungsmammographie am Gerät im Vergleich zur konventionellen Mammographie begründet. Bei einer Patientin musste die Untersuchung we-

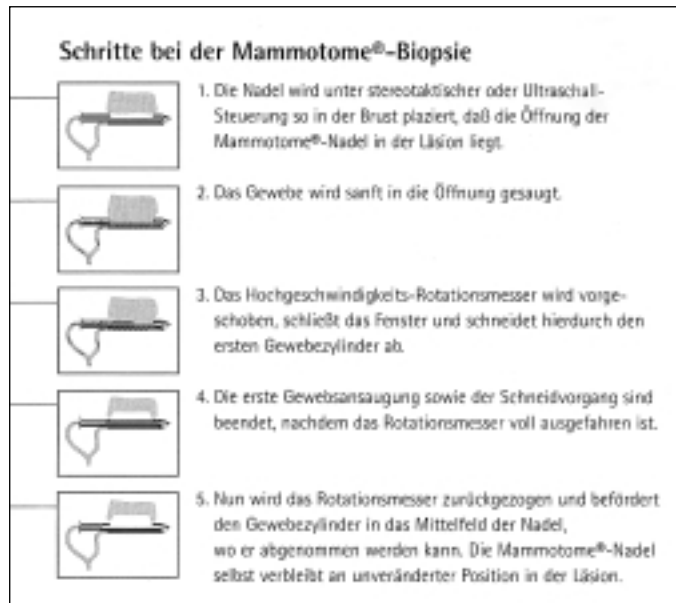


Abb. 3.: Schritte bei der Mammotome“ – Biopsie im Schema

UNIVERSITÄTSKLINIKUM LEIPZIG
 Zentrum für Chirurgie
 Chirurgische Klinik und Poliklinik I
 Allg. Chirurgie, Chir. Gekologie u. Thoraxchirurgie
 Direktor: Prof. Dr. med. M. Schönfelder

MAMMOGRAPHIE-BASIERTE STEREOTAKT. BIOPSIE (MAMMOTOM)

Telefon: (0341) 97-17072
 Mamma-Sprechstunde: -17022

Begleitdokumentation zur histopathologischen Untersuchung von Mammotomeparaten

generelle Fragen: für jede Stance Einzelbefunde
 Tumorbefall: total, an einem Ende, an beiden Enden, in Mitte

Untersuchungsdatum:

Sitz der Läsion: rechts links

Markierung der Stancen:

Untersucher: _____

Abb. 4.: Dokumentationsbogens mit den Entnahmepunkten in drei intraläsionalen Ebenen

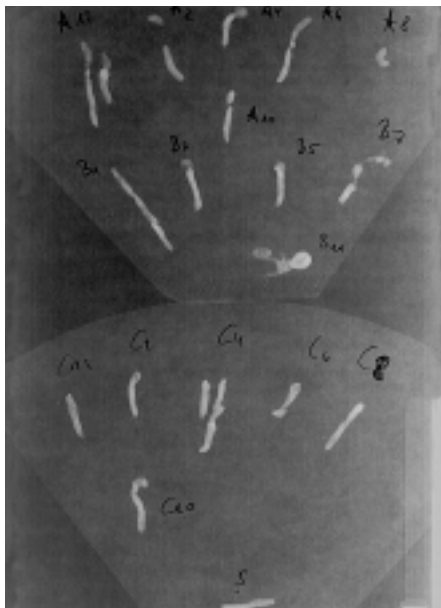


Abb. 5.: Präparatemammographie der Stanzzyylinder

gen Schmerzen und Blutung abgebrochen werden.

Vom Pathologen erhielten wir nach einem Tag eine histopathologische Befundung jeder einzelnen Stanze mit einer Angabe zu Tumortyp, Grading, intraduktalem Anteil in Prozent und im Falle eines DCIS den Silverstein-Typ.

Die Analyse der 31 untersuchten Patientinnen zeigte postinterventionell bei 18 (58%) Patientinnen eine mammographisch „vollständige“ Entfernung der Läsion. Zur späteren Wiederauffindbarkeit des Läsionsgebietes erfolgte die Applikation eines speziellen Titanclips.

21 Patientinnen (68%) hatten benigne Läsionen und 10 Patientinnen (32%) ein Karzinom. Patientinnen mit einem gesichertem Karzinom müssen auf jeden Fall im Sinne einer „weiten Excision“ nachoperiert werden.

Im histopathologischen Ergebnis der Operation lagen zu 90% Karzinomfrühstadien (pTis- und pT1pN0M0-Karzinome) und bei einer Patientin ein nonpalpables pT2pN1M0-Karzinom mit einer V0- und L0-Klassifikation vor. Für die Aggressivität auch der kleinen Karzinome sprach,

dass alle Karzinome mit dem Grading 2 bis 3 klassifiziert wurden.

Bei jeder Untersuchung entfernten wir im Mittel 16 (14 bis 18) Vakuumstanzzyylinder mit einer Gesamtzylinderlänge pro Patientin von im Mittel 136 mm (123 bis 228 mm). Die Einzelstanzzyylinder lagen etwa zur Hälfte über ein (bis drei) Zentimeter und zur anderen Hälfte unter einen Zentimeter vor, wobei keine Korrelation zwischen Zylinderlänge und Karzinomnachweis bestand. Die histopathologische Aussagefähigkeit war durch kürzere Stanzzyylinder somit nicht beeinträchtigt.

Obligat führten wir eine Präparatemammographie der Stanzzyylinder (Abbildung 6) als qualitätssichernde Maßnahme durch. Für die folgende Operation der Patientinnen mit einem gesichertem Karzinom halten wir es für erforderlich, den eingebrachten Clip bzw. residuellen Mikrokalk durch einen speziellen Draht zu markieren (Abbildung 6). Diese Drahtmarkierung muss über den gleichen



Abb. 6.: Drahtmarkierung des Clip

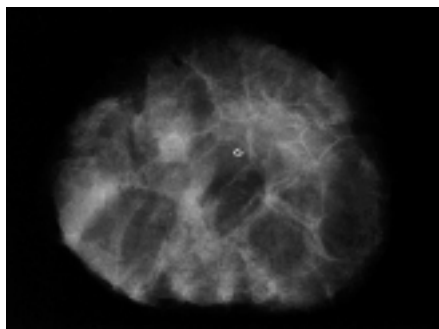


Abb. 7.: Präparatemammographie der „weiten Excision“

Stichkanal wie die Vakuumstanzbiopsie erfolgen, was nur möglich ist, wenn die Patientinnen auch am „Mammotome“ drahtmarkiert werden. Denn die konventionelle stereotaktische Markierung gibt die Stichrichtung im craniocaudalen oder mediolateralen Strahlengang von cranial vor. Bei der Operation muss die „weite Excision“ des vakuumgestanzten Karzinoms mit einem Zentimeter Sicherheitsabstand zum Gesunden mit en bloc-Excision des Stanzkanals ohne Eröffnung der Vakuumstanzhöhle erfolgen. Anschließend ist eine plastische Rekonstruktion der Drüsenkörpers durch weite Mobilisation und Naht erforderlich, was diesen Eingriff zu einer anspruchsvollen fachärztlichen Operation macht. Das Präparat ist wie üblich dreidimensional zu markieren und eine Präparatemammographie (Abbildung 7) anzufertigen.

Bei der Karzinomoperation zeigten sich in allen Fällen Residuen des Karzinoms. Die Stanz- und Operationshistologie stimmte zu 100% in Bezug auf Dignität, intraduktalem Anteil und Grading überein, wobei sich zu 50% Erweiterungen der Diagnose durch zusätzliche in-situ- oder invasive Karzinomanteile ergaben.

Schlussfolgerung

Für die Untersuchung am „Mammotome“ ist eine bestimmte Brustmindestgröße (nicht kleiner als „Cup A“) erforderlich, die eine Fixierung der durch den „Fishertable“ hängenden Brust möglich macht. Brustwandnahe Läsionen in einem Brustwandabstand von 15 bis 20 mm sind zur Vakuumstanzbiopsie nicht geeignet. Bei Sicherung eines Karzinoms ist eine Drahtmarkierung des nonpalpablen Operationsgebietes erforderlich, die ebenfalls am „Mammotome“ erfolgen muß. Der theoretischen Tumorzellverschleppung ist durch ein kurzes Stanzbiopsie-Operationsintervall innerhalb einer Woche und der en bloc-Excision von Stanzkanal mit der „weiten Tumorexcision“ ohne Eröffnung der Stanzhöhle zu begegnen. Den größten Profit von der Vakuumstanzbiopsie erzielen Patientinnen mit benign-

nen Läsionen, die den größten Anteil der suspekten nonpalpablen Mammaläsionen (in unserer Analyse 68%) ausmachen. Bei diesen Patientinnen kann auf eine Operation verzichtet werden. Im Vergleich zur bisher üblichen drahtmarkierten Excision finden wir eine erhöhte Treffsicherheit bei deutlich kleinerem Gewebeschaden und damit entsteht keine, die späteren mammographischen Kontrolluntersuchungen beeinträchtigende, Narbenbildung.

Einen erhöhten Patientinnenkomfort sehen wir weiterhin durch die Bauchlage der Patientin während der Vakuumstanzbiopsie und der eventuellen Drahtmarkierung. Durch die zweizeitige Operation haben wir eine längere Zeitspanne zur Aufklärung der Patientin bei definitiver Diagnose zur Verfügung und damit eine bessere Akzeptanz der Karzinomoperation durch die Patientin. Vorbedingung dafür ist, dass für die Untersuchung anstehende Patientinnen von einem Team – Chirurg

und diagnostischer Radiologe – begutachtet werden. Die Möglichkeit dazu besteht in der traditionellen Mammaspreechunde der Chirurgischen Klinik I der Universität Leipzig.

Literatur beim Verfasser der Arbeit
Korrespondenzadresse:
Dr. med. Steffen Leinung
Chirurgische Klinik I, Universität Leipzig
Liebigstraße 20 a, 04103 Leipzig
Tel.: (03 41) 9 71 70 84, Fax: 9 71 70 09
e-mail: leinungs@medizin.uni-leipzig.de

F. R. Kreuz

Genetische Beratung von Familien mit Huntingtonscher Krankheit und Heredoataxien

Medizinische Fakultät
der TU Dresden
Institut für Klinische Genetik

Zusammenfassung

Seit November 1993 ist die genetische Beratung von Familien mit neurodegenerativen Erkrankungen, hauptsächlich der Huntingtonschen Krankheit und Heredoataxien, fest etabliert. Während der Zeitspanne von sechs Jahren wurde der Autor um genetische Beratung in insgesamt 199 Fällen gebeten, darunter in 63 Fällen um die Beratung von gesunden Risikopersonen (32 %); 33 Blutproben von Patienten wurden mit der Bitte um molekulargenetische Untersuchung eingeschickt. Hauptbestandteil der genetischen Beratung sind entsprechend gültiger Richtlinien Informationen über das Krankheitsbild, zur Wiederholungswahrscheinlichkeit der Krankheit bei den Verwandten, zur Möglichkeit der molekulargenetischen Diagnostik und zu erwartenden psychischen, sozialen, ethischen und rechtlichen Auswirkungen dieser Diagnostik. Nach der genetischen Beratung lehnten 9 Patienten (7 %) und 34 Risikopersonen (54 %) eine DNA-

Diagnostik ab. In 50 Fällen (30 %) gelang die molekulargenetische Bestätigung der klinischen Verdachtsdiagnose Huntingtonsche Krankheit oder/und die genetische Klassifizierung der Heredoataxie nicht. Da es sich um Krankheitsbilder mit autosomaler Genwirkung handelt, wird eine gleichmäßige Geschlechterverteilung erwartet; diese ist jedoch bei den Risikopersonen zu Gunsten der Frauen (2/3) verschoben. Obwohl die Richtlinien zur Prädiktivdiagnostik die Betreuung durch einen Psychologen/ Psychotherapeuten vorsehen, wird diese nur von wenigen Ratsuchenden genutzt; sowohl Patienten als auch Risikopersonen bevorzugen die Einbeziehung ihrer Partner in das Procedere der genetischen Beratung und Diagnostik.

Schlüsselwörter: Genetische Beratung, Huntingtonsche Krankheit, Heredoataxien, Prädiktivdiagnostik

Einleitung

Die Huntingtonsche Krankheit (HK) ist eine autosomal-dominante Erkrankung, die typischerweise durch choreatische Bewegungsmuster, Psychosen und mentalen Abbau imponiert. Der Erkrankungsbeginn liegt meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr; die Lebenserwartung beträgt nach Diagnosestellung zirka 15-20 Jahre. Für die Verwandten ersten Grades (Geschwister und Kinder), die formalge-

netisch mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 % ebenfalls Träger der krankheitsverursachenden Genmutation sind (sogenannte Risikopersonen) bedeutet dies eine lange Zeit der Ungewissheit über ihr eigenes Schicksal. Seit 1983 steht die indirekte, seit 1993 die direkte DNA-Analyse im Huntingtin-Gen auf dem kurzen Arm des Chromosoms 4 als Differential- und vorhersagende (Prädiktiv-) Diagnostik für bereits Erkrankte und auch gesun-

de Risikopersonen zur Verfügung (Thies, Zühlke, 1993; Kreuz 1994, Schweiger, Lehrach 1998). Die Entscheidung, die genetische Untersuchung durchführen zu lassen, bedeutet sowohl für die bereits erkrankten als auch die gesunden Risikopersonen nicht nur eine Beeinflussung der weiteren Lebensgestaltung, sondern sie tangiert auch andere Familienmitglieder. Bereits 1989 hat daher die International Huntington's Association (IHA) ge-

meinsam mit der Research Group on Huntington's Chorea der World Federation of Neurology (WFN) Richtlinien für die prädiktive Diagnostik verabschiedet. Diese Richtlinien sind auch vom Berufsverband Medizinische Genetik als Grundlage molekulargenetischer Diagnostik anerkannt worden (Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik, 1991; Zühlke, Rieß, 1994; Konsortium zur molekulargenetischen Diagnostik bei der Huntington-Krankheit, 1997; Dose, 1997; Epplen, Przuntek, 1998).

Autosomal-dominante zerebelläre Ataxien (ADCA) sind eine heterogene Gruppe spätmanifestierender Kleinhirnatrophien. Aus genetischer Sicht werden sie in die spino-cerebellären Ataxien (SCA) der Typen 1 bis 14 eingeteilt. Die SCA sind durch einen progredienten Nervenzellverlust im Kleinhirn, Hirnstamm und spino-zerebellären Trakt charakterisiert. Ataxie, Dysarthrie, Okuloparesen, pyramidale und extrapyramidale Zeichen und variable Schweregrade von motorischer Schwäche und Neuropathie stellen die Hauptsymptome dar, die meist ebenfalls im mittleren Lebensalter auftreten. Die Patienten werden im Verlauf der Krankheit meist auf den Rollstuhl angewiesen und später pflegebedürftig sein. Die durchschnittliche Lebenserwartung nach Krankheitsbeginn beträgt zirka 20 Jahre. Seit 1993/94 ist bei der SCA1 und der SCA3, in den Folgejahren auch bei der SCA2, SCA6, SCA7, SCA8 und SCA12 ebenfalls eine direkte DNA-Analyse möglich (Kreuz 1993; Diedrich, Zühlke, 1994; Kreuz, 1995; Knobloch, Schlösser, 1995). Die sichere Diagnostik bei den Patienten und die Vorhersage der Krankheitsdisposition bei den Risikopersonen durch die direkte DNA-Analyse erhebt die SCA zu einem weiteren Beispiel spätmanifestierender Erkrankungen mit ihren Problemen, wie wir sie von der HK her kennen (Rieß, Schöls, 1996; Zühlke, 2000).

Die klinisch und genetisch charakterisierte Friedreichsche Ataxie (FRDA) ist

eine progressive neurodegenerative Erkrankung, der der autosomal-rezessive Erbgang zu Grunde liegt. Der Erkrankungsbeginn findet sich gewöhnlich in der Kindheit oder im Jugendalter, wobei auch spätere Manifestationsalter (jenseits des 25. Lebensjahres) bekannt geworden sind. Bei der FRDA sind sowohl das zentrale als auch das periphere Nervensysteme betroffen. Die FRDA ist nach vorangehender Hypo- bis Areflexie durch das Auftreten einer Gangataxie durch den Verlust der Vibrations- und Lageempfindung charakterisiert. Bei fortschreitender Ataxie folgt die Unfähigkeit, selbständig zu Gehen. Bei den meisten Patienten stellt sich bald auch eine Dysarthrie ein; komplizierend wirken eine hypertrophe Kardiomyopathie und ein Diabetes mellitus Typ 1. Seit 1996 ist es möglich, im Frataxin-Gen auf dem langen Arm von Chromosom 9 die verantwortliche Mutation nachzuweisen. Diese direkte Genanalyse kann somit

schon frühzeitig im Kindesalter differentialdiagnostische Klärung einer ataktischen Symptomatik bringen, aber auch bei gesunden Risikopersonen die mögliche Erkrankung voraussagen (Prädiktivdiagnostik) oder einen Überträgerstatus (Heterozygotie) erkennen lassen. Diese direkte DNA-Analyse der FRDA wurde so zu einem weiteren Beispiel für mögliche psychosoziale und rechtliche Probleme im Zusammenhang mit genetischer Diagnostik (Zühlke, Otto, 1996; Kreuz, 2000). Die Deutsche Heredo-Ataxie-Gesellschaft (DHAG) e.V. hat als bundesweite Selbsthilfeorganisation ebenfalls die Probleme im Zusammenhang mit einer molekularen Differential- und Prädiktivdiagnostik erkannt und die Richtlinien der IHA/WFN entsprechend adaptiert (DHAG, 1999).

Ergebnisse

Seit November 1993 ist die genetische Beratung von Familien mit Huntington-

Tabelle 1: Genetische Beratung und Diagnostik von Personen aus Familien mit neurodegenerativen Erkrankungen (Pat. = erkrankte Personen, RP = Risikopersonen, SCA = spino-cerebelläre Ataxie, FRDA = Friedreichsche Ataxie, AT = Ataxia teleangiectasia = Louis-Bar-Syndrom, m = männlich, w = weiblich)

	Huntingtonsche Krankheit HK (n = 99)		Heredoataxien HA (SCA und FRDA; n = 100)	
	Pat	RP	Pat	RP
Beratungen insgesamt	49	50	87	13*
Mutationsnachweis	67 %	32 %	40 %	31 %
davon:				
Diagnose SCA1	–	–	7 %	0 %
Diagnose SCA2	–	–	3 %	0 %
Diagnose SCA3	–	–	1 %	0 %
Diagnose SCA6	–	–	4 %	0 %
Diagnose SCA7	–	–	1 %	0 %
Diagnose FRDA	–	–	23 %	31 %
Diagnose AT	–	–	1 %	0 %
kein Mutationsnachweis	25 %	14 %	53 %	15 %
Diagnostik abgelehnt	8 %	54 %	7 %	54 %
Geschlechterverhältnis (m/w)	1:1,1	1:1,9*	1:1,4	1:1,6
	23:26	17:33	36:51	5:8

* signifikant im Chi-Quadrat-Test ($p < 0,01$)

Tabelle 2: Überweisungen zur genetische Beratung (in Prozent; Pat. = erkrankte Personen, RP = Risikopersonen, SCA = spino-cerebelläre Ataxie, FRDA = Friedreichsche Ataxie)

Überweisungen	Huntingtonsche Krankheit HK (n = 99)		Heredoataxien HA (SCA und FRDA; n = 100)	
	Pat (n = 49) [%]	RP (n = 50) [%]	Pat (n = 87) [%]	RP (n = 13) [%]
ohne	8	76	38	84
Universitätskliniken	21	0	28	0
Landeskrankenhäuser	34	0	6	0
Reha-Einrichtungen	4	0	3	0
Neurologisch-psychiatrische Praxen	19	10	8	0
Pädiatrische Praxen	0	0	6	4
Praktische Ärzte	10	8	10	8
Sonstige	4	6	1	4

scher Krankheit und Heredoataxien fester Bestandteil des Beratungsangebotes unseres Institutes. Während der Zeitspanne von 6 Jahren fragten 99 Personen aus HK-Familien, darunter 50 Risikopersonen (= 51 %), 66 Personen aus Familien mit (dem Verdacht) einer SCA, darunter 8 Risikopersonen (= 12 %) und 34 Personen aus Familien mit FRDA,

darunter 5 Risikopersonen (= 15 %) nach genetischer Beratung oder/und molekulargenetischer Diagnostik. Zur besseren Übersicht wurden die beiden Krankheitsgruppen der SCA und FRDA als Heredoataxien (HA) zusammen gefasst. In diesem Zeitraum wurden uns insgesamt 33 Blutproben von Patienten mit der Bitte um DNA-Diagnostik zuge-

schickt; selbst auf unseren Hinweis auf bestehende Richtlinien erfolgte keine genetische Beratung dieser Patienten oder ihrer Angehörigen.

Die Tabellen geben eine Übersicht über die genetische Beratung und Diagnostik von Personen aus Familien mit neurodegenerativen Erkrankungen (HK und HA) in dem Beobachtungszeitraum von sechs Jahren.

Diskussion

Die lediglich statistische Erfassung der Zahlen aus der genetischen Beratung kann nicht die Unterschiede erklären, die zwischen den Ratsuchenden aus Familien mit HK und HA bestehen. Noch nicht abgeschlossen sind begleitende Studien zu Verhaltensweisen, Motivation und zu den Prozessen der Verarbeitung des Leidens an einer genetisch bedingten Erkrankung bzw. eines Risikos für eine genetisch bedingte Erkrankung (sog. Coping-Strategien) der Patienten und Risikopersonen.

So kann zum Beispiel selbst unter Beachtung einer Detektionsrate von 40 % nicht die geringe Anzahl von Risikopersonen für HA erklärt werden, die in keinem Verhältnis zu der großen Zahl der Patienten steht, die genetisch beraten worden sind (13 versus 87). Dieses Verhältnis unterscheidet sich deutlich von dem ausgewogenen Verhältnis der genetisch beratenen HK-Familien (50 Risikopersonen versus 49 Patienten). Bei einer durchschnittlichen Kinderzahl von 1,5 ist der Erwartungswert der Risikopersonen, die die genetische Beratungsstelle aufsuchen könnten, entsprechend höher als der tatsächlich gefundene (74 versus 50 HK-Risikopersonen; 130 versus 13 HA-Risikopersonen). Unterschiedliche Copingmuster könnten für diese Diskrepanz die Erklärung bilden.

Zwischen den Gruppen der Risikopersonen für HK und HA gibt es in Bezug auf das Verhalten zur DNA-Diagnostik und

Tabelle 3: Begleitpersonen zur genetischen Beratung (in Prozent, Mehrfachnennung möglich; Pat. = erkrankte Personen, RP = Risikopersonen, SCA = spino-cerebelläre Ataxie, FRDA = Friedreichsche Ataxie)

Begleitpersonen	Huntingtonsche Krankheit HK (n = 99)		Heredoataxien HA (SCA und FRDA; n = 100)	
	Pat (n = 49) [%]	RP (n = 50) [%]	Pat (n = 87) [%]	RP (n = 13) [%]
ohne	20	18	38	44
Partner/Partnerin	76	46	20	44
Eltern/Elternteil	42	20	38	12
Kind/Kinder	12	2	3	0
Geschwister	14	20	2	0
andere Verwandte	12	10	0	0
Freund/Freundin	4	12	0	0
Betreuer/Betreuerin	2	2	0	0

Tabelle 4: Anzahl der genetischen Beratungen (in Prozent; Pat. = erkrankte Personen, RP = Risikopersonen, SCA = spino-cerebelläre Ataxie, FRDA = Friedreichsche Ataxie)

Anzahl der Beratungen	Huntingtonsche Krankheit HK (n = 99)		Heredoataxien HA (SCA und FRDA; n = 100)	
	Pat (n = 49) [%]	RP (n = 50) [%]	Pat (n = 87) [%]	RP (n = 13) [%]
1 Beratung	16	32	28	22
2 Beratungen	76	10	41	30
3 Beratungen	8	20	18	18
4 Beratungen	0	14	7	13
5 Beratungen	0	2	7	9
6 Beratungen	0	4	0	9

das Ergebnis keine Unterschiede: 23 der 50 HK-Risikopersonen haben die prädiktive DNA-Diagnostik in Anspruch genommen (46 %), bei 16 Risikopersonen wurde eine Mutation nachgewiesen (69 %); 6 der 13 HA-Risikopersonen haben die prädiktive DNA-Diagnostik in Anspruch genommen (46 %) und bei 4 Risikopersonen wurde eine Mutation nachgewiesen (67 %). Der von Codori et al. beschriebene Effekt ließ sich bei unseren ratsuchenden Risikopersonen nicht nachweisen. Die Autoren haben mehr Risikopersonen gesehen, die für sich die DNA-Diagnostik ablehnten als solche, die sie in Anspruch nahmen („self-selection“); die Autoren schlussfolgerten, dass nur Risikopersonen, die sich in der Lage fühlen, das Ergebnis der Prädiktivdiagnostik zu verarbeiten,

diese auch beanspruchen (Codori, Hanson, 1994). Dies erklärt jedoch auch nicht, warum wir unter unseren ratsuchenden Risikopersonen mehr Mutationsträger als Nicht-Mutationsträger gesehen haben. In beiden Gruppen der Risikopersonen ist das Geschlechterverhältnis etwa gleich: zirka zwei Drittel der ratsuchenden Risikopersonen sind Frauen. Hier widerspiegelt sich die soziale Rolle der Frau innerhalb der Familie und ihre biologische Rolle als Mutter: Frauen fühlen sich verantwortlicher für die eigene Gesundheit und die der Kinder. Überraschenderweise wurde jedoch in dem Beobachtungszeitraum von sechs Jahren lediglich eine Pränataldiagnostik für HK durchgeführt. Bei der genetischen Beratung von Risikopersonen kommt es niemals beim ersten

Beratungsgespräch zu einer Blutentnahme. Während des ersten Beratungsgesprächs werden die Risikopersonen, ebenso wie die erkrankten Personen, über die Erkrankung und die Konsequenzen der molekularen Diagnostik, besonders der Prädiktivdiagnostik, informiert. Es wird ihnen ein genügend großer Zeitraum (nach den nationalen und internationalen Richtlinien mindestens ein Monat) für weitere Entscheidungen eingeräumt. Ein Teil der Risikopersonen hat danach die genetische Beratung (noch) nicht wieder aufgesucht, ein anderer Teil bat um weitere Gespräche über die eigene Befindlichkeit, die sozialen Auswirkungen innerhalb der Familien (Geschwister, Eltern, Kinder) und im Freundes-, Bekannten- und Kollegenkreis und über rechtliche Aspekte bezüglich des Arbeitsverhältnisses und der Sozial- und Lebensversicherungen, aber auch über ethische Fragen zur genetischen Diagnostik im allgemeinen, Prädiktiv- und Pränataldiagnostik im besonderen. Diese Fragen werden auch mit den erkrankten Personen erörtert, bei denen die DNA-Diagnostik differentialdiagnostisch zur Anwendung kommen soll. Erst nach diesen umfassenden Informationen und nach der Zustimmung durch den Patienten oder/und die Risikoperson (sogenannter „informed consent“) erfolgt die Blutentnahme.

Werden die meisten Patienten zur genetischen Beratung und Diagnostik überwiesen, kommen fast alle Risikopersonen ohne Überweisung. Sie sind durch einen gut funktionierenden Informationsfluss innerhalb der Familie meist schon angemessen auf ihre Situation vorbereitet. Obwohl allen Ratsuchenden, erkrankten und Risikopersonen, sowohl eine professionelle psychotherapeutische Begleitung als auch der Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen angeboten wird, wird dieses Angebot von vielen ausgeschlagen, wohingegen die Begleitung und Unterstützung durch eine Person des Vertrauens, meistens durch den Partner/die Partnerin, eher akzeptiert wird. Die Erfahrung des

Autors ist es, dass in der Bevölkerung „Psychologie“ und „Psychotherapie“ häufig mit gestörten Geistesfunktionen im Sinne von „Psychiatrie“ gleichgesetzt werden. Hier ergibt sich ein großes Feld für die Öffentlichkeitsarbeit derjenigen Wissenschaften, die sich mit psychischen Prozessen beschäftigen. Andererseits ist es auch nicht jedem Menschen gegeben, innerhalb einer Selbsthilfegruppe aus der Anonymität herauszutreten. Diese individuellen Besonderheiten sind in der genetischen Beratung zu berücksichtigen und es ist einfühlsam auf die jeweilige Persönlichkeit einzugehen. In diesem Zusammenhang spielen sowohl der genetische Berater als auch die Begleitpersonen im Prozess sowohl der eigenen Krank-

heitsverarbeitung als auch der Verarbeitung des Risikos einer eigenen Erkrankung (Coping) eine wichtige Rolle (Kreuz, 1999; Müller, Kreuz 1998).

Adressen der Selbsthilfeorganisationen:

**Deutsche Huntington-Hilfe (DHH)
Länderverband Mitteldeutschland e.V.**,
c/o Heinz-Jürgen Brosig,
Burchardstraße 21 a, 39114 Magdeburg,
Tel.: 0391/8869701

Kontakte zu den Regionalgruppen in Halle, Leipzig, Erfurt, Dresden über den Autor oder
Frau Gabriele Schröder,
Lerchenfeldstraße 3, 06110 Halle/S.,
Tel.: 03 45/2 94 00 36

Deutsche Heredo-Ataxie-Gesellschaft (DHAG) - Bundesverband e.V.,

Haußmannstraße 6, 70188 Stuttgart,
Tel.: 07 11/21 55-1 14,
Fax: 07 11/21 55-2 14

Kontakte zu den Regionalgruppen in Sachsen-Anhalt und Sachsen über den Autor oder

Frau Martina Hanke,
Bahnhofstraße 11, 01705 Freital,
Tel./Fax 03 51/6 44 17 42

Anschrift des Verfassers:
OA Dr. med. Friedmar R. Kreuz
Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“ der
Technischen Universität Dresden
Institut für Klinische Genetik
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351/458-4277; Fax: -4316
E-mail: friedmar.kreuz@mailbox.tu-dresden.d

Leserbriefe

Dipl.-Med. Ines Einhenkel
Marchlewskistraße 11
08062 Zwickau

14. 9. 2001

Sächsische Landesärztekammer
An den Präsidenten

Sehr geehrter Herr Professor Schulze,

seit Dienstag verfolge ich mit Bestürzung und auch Angst die akuten Geschehnisse in dieser Welt. Diese Angst und Trauer habe ich sowohl mit meiner Familie, als auch mit meinen Patienten geteilt. Es waren junge wie ältere Menschen. In den Gesprächen tauchten immer wieder drei Fragen auf.

Die Älteren meinten: „Wie wird das weitergehen, wird es einen Krieg geben?“ Erinnerungen der Vergangenheit rücken wieder ins Bewusstsein.

Die Jüngeren fragten: „Was meinen sie dazu? Was können wir tun?“

Zu dieser Generation möchte ich mich zählen. Ich denke, zurücklehnen und warten auf die Entscheidungen unserer Regierung kann vielleicht zu lange dauern. Ich hatte deshalb heute mit unserem Vorsitzenden der Kreisärztekammer Zwickau, Herrn Mechtel, und Frau Dr. Diefenbach, gesprochen.

Bei allen Diskussionen in den Medien vermisste ich doch Hinweise, wie kann dieses Problem vielleicht ohne Gewalt gelöst werden. Ich denke, diesem Bestreben sollten gerade wir Ärzte und Mitarbeiter in der Medizin mehr Ausdruck verleihen. Außerdem hoffe ich, dass es genügend Kollegen gibt, die sich dieser Meinung anschließen könnten. So jeden Tag auf Arbeit gehen und denken, uns könnte das nicht geschehen, wäre blauäugig. Ich kann nicht sagen, welche Strafe nach dem internationalen Völkerrecht angemessen wäre. Ich gehöre kei-

ner Konfession an. Aber ich glaube, Gewalt und Rache wird die Wunden auch nicht heilen.

Deshalb möchte ich Sie bitten, im Rahmen unserer Ärztekammer darüber nachzudenken und meine Gedanken vielleicht weiterzutragen. Was können wir Ärzte tun, um zumindest das Suchen nach friedlichen Lösungen zu unterstützen? Unterschriften waren zum Beispiel schon öfters ein Mittel, um die Meinung einer bestimmten Gruppe von Menschen mit gleichen Gedanken an die Öffentlichkeit zu bringen.

In bin einverstanden, meinen Brief zu veröffentlichen, sollte es helfen, eine entsprechende Aktion zu beschleunigen. Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Um eine Rückantwort möchte ich bitten.

Mit freundlichen Grüßen
Einhenkel

Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt
Kommandant-Prendel-Allee 116
04299 Leipzig

An den Vorstand des
Universitätsklinikums Leipzig

**Offener Brief zum geplanten Abriss der
HNO-Universitätsklinik Leipzig in der
Liebigstraße 18a**

Sehr geehrte Herren,

aus Veröffentlichungen, Gesprächen und persönlichen Mitteilungen muss ich entnehmen, dass eine Version des geplanten Neubaus des Klinikums (konservative Fächer) vorsieht, die HNO-Klinik abzureißen.

Ich möchte Sie hierdurch höflichst bitten, diesen Plan aufzugeben und den Neubau, den ich natürlich sehr begrüße, so zu gestalten, dass die HNO-Klinik unversehrt bleiben kann und in das neue Klinikum integriert wird. Auch eine solche Version existiert.

Bedenken Sie bitte: Diese Klinik, 1911 erbaut, wurde am 4. Dezember 1943 durch Bomben schwer beschädigt. Im „real existierenden Sozialismus“ (Ruinen schaffen ohne Waffen!) konnte nicht erwartet werden, dass dringend erforderliche Instandsetzungsmaßnahmen durchgeführt wurden, trotz immer wiederholter Aufforderungen durch die früheren Klinikdirektoren. Fast 58 Jahre nach dem Bombenangriff konnte die Klinik vor wenigen Monaten als endlich wieder aufgebaut der Öffentlichkeit übergeben werden. Ab 1993 wurde mit Hilfe von „Aufschwung Ost“ in einer hervorragenden Zusammenarbeit zwischen Staatshochbauamt, Medizinischer Fakultät und Klinikleitung eine grundlegende Sanierung des Hauses durchgeführt und abgeschlossen. Dafür sei an dieser Stelle allen Beteiligten nochmals gedankt.

Die Innensanierung erfolgte in zwei Phasen, so dass die medizinische Betreuung der Patienten einschließlich der gesamten Funktionsdiagnostik nicht einen einzigen Tag ausfiel! Besonders aufwendig war die vollständige Sanierung und

Modernisierung der Heizung sowie auch anderer Maßnahmen zur Verringerung der Umweltbelastungen. Eine moderne Röntgeneinrichtung für Spezialaufnahmen des Fachgebietes entstand, die Laborräume wurden modernisiert und es entstanden bessere Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Räume der Ambulanz und der Abteilung für Stimm-, Sprach- und Hörstörungen wurden mit modernen Untersuchungseinheiten ausgestattet, was besonders im Blick auf die erkrankten Kinder eine vielfältige Verbesserung der diagnostischen Maßnahmen bedeutete. Die HNO-Heilkunde ist das Fach der Sinnesorgane, die wir für eine verbale Kommunikation

benötigen. Besonders bei kleinen Kindern ist eine frühzeitige Diagnostik und Erfassung von entsprechenden Störungen für die Zukunft der Kinder sehr entscheidend. Die Aktualität dieser Dinge wurde erst vor wenigen Monaten bei einer Gesundheitskonferenz der Stadt Leipzig von allen Teilnehmern unterstrichen und auf die Bedeutung der HNO-Universitätsklinik hingewiesen. Weiterhin sollte nicht vergessen werden, dass die Rekonstruktion der Klinik für den studentischen Unterricht grundlegende Verbesserungen brachte. So konnte der Hörsaal mit modernster Technik ausgestattet werden und dient nicht nur den Studenten der Medizin, sondern auch denen

anderer Fakultäten. Darüber hinaus wird er zu Tagungen und Kolloquien genutzt und vermietet. Durch Schaffung von Seminarräumen konnte der klinische Unterricht intensiviert und verbessert werden. Der derzeitige Klinikdirektor erhielt mit seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Anerkennung von Seiten der Medizinstudenten. In einer Zeit, in der fast alle deutschen Hochschulen in der Kritik stehen wegen zu hoher Studentenzahlen und Raummangel besteht dieses Problem in der Liebigstraße 18a nicht. Auch geht von diesem Arbeiterteam unter der klugen Führung ihres Chefs im Rahmen von Forschungsaufgaben national und international anerkannte Ergebnisse aus, die auch auf das Universitätsklinikum Leipzig zurückstrahlen.

Schließlich gelang es in den letzten Monaten durch Einbau eines neuen Fahrstuhls für Behinderte die Klinik besser zu erschließen. Dass die äußere Hülle des Hauses geradezu liebevoll instandgesetzt wurde, dürfte Ihnen eigentlich nicht entgangen sein. Wenn Sie wirklich beabsichtigen, den finanziellen Aufwand für die Klinik – mehr als 8 Millionen DM – zu ignorieren und das Haus zerstören, müssen Sie sich zusätzlich aber auch noch sagen lassen: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der HNO-Klinik haben über Jahre ihre verantwortungsvolle Tätigkeit unter den erschwerenden Bedingungen der Baumaßnahmen (Lärm, Dreck, Gestank, Kälte, wiederholtes Umräumen und anderes mehr) stets hervorragend gemeistert. Sie waren stets motiviert ihrer Klinik den gebührenden Platz im Klinikum zu geben.

Wer sich über diese Leistungen, die nicht mit Geld zu bezahlen sind, einfach hinwegsetzt und letztlich missachtet und mutwillig zerstört, handelt in meinen Augen unmoralisch.

Auch scheint man zu vergessen, dass das Haus unter Denkmalschutz steht! Ich kann mir zudem nicht vorstellen, dass die Patienten, deren Angehörigen sowie alle Mitbürgerinnen und Mitbürger Verständnis für Ihre Abrissideen – die nicht

durch eine sachlich-fachliche Bedarfslage zu begründen sind – zeigen werden.

Auch kann es wohl nicht angehen, dass man mit Geld und dem Arbeitseinsatz der Mitarbeiter, nicht nur der Klinik, sondern auch anderer Institutionen in einer solchen Weise umspringt. Wer dies widerspruchslos hinnimmt, macht sich mitschuldig.

Sehr geehrte Herren, ich habe Ihnen eine Bitte vorgetragen und diese – wie ich glaube – auch ausführlich begründet.

Trotz meiner sehr ausgeprägten optimistischen Grundhaltung kann ich nicht so recht daran glauben, dass Sie dieser Bitte entsprechen werden. Deshalb möchte ich Ihnen bereits jetzt ankündigen – sozusagen prophylaktisch –, dass ich dann einen Protest gegen den Abriss der HNO-Klinik auslösen werde. Diesen Protest werde ich in aller Form bis an die Grenzen der Legalität vorantreiben.

Wer die Traditionen einer Klinik, einer der Lebensadern unserer Universität, nicht achtet und sich von seinen Wurzeln lossagt, der wird auch die Zukunft nicht bewältigen können.

Der Begriff „Aufschwung Ost“ hatte für mich immer eine hohe moralische Bedeutung und stellte eine Verpflichtung dar. Ich kann deshalb mit gutem Gewissen sagen, dass das Geld, welches für die Rekonstruktion der Klinik bereitgestellt wurde, in Dankbarkeit und äußerster Sparsamkeit verwendet worden ist.

Wenn ich jetzt zu dieser geplanten, in meinen Augen katastrophalen Entwicklung schweigen würde, hätten wir die Hilfe „Aufschwung Ost“, um die uns viele Kollegen (nicht nur) aus den früheren sozialistischen Ländern oft beneidet haben, gar nicht verdient. Allerdings trifft somit auch der oft aus den alten Bundesländern gehörte Vorwurf, die Ostdeutschen gingen mit diesen Geldern leichtfertig um, für die HNO-Klinik bisher nicht zu!

Mit vorzüglicher Hochachtung
 Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt
 Kommissarischer Direktor der
 HNO-Universitätsklinik Leipzig 1992 bis 1995

Stellungnahme des Rektoratskollegiums der Universität Leipzig zum Vorschlag, das Gebäude der HNO-Klinik des Universitätsklinikums Leipzig abzureißen

„Das Rektoratskollegium der Universität Leipzig hat sich mit der Absicht befasst, das inzwischen sanierte Gebäude der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik des Universitätsklinikums in der Liebigstraße zu Gunsten eines betriebsorganisatorisch funktionalen Neubaus für die Kliniken der Inneren Medizin abzureißen. Im Rektorat bestand einhellig die Auffassung, dass diese Planung unverständlich ist. Wenn es nicht möglich ist, dieses Bauwerk, das nach wie vor das Ensemble der Kliniken in der Liebigstraße mit prägt, in den Neubau zu integrieren, müsste es nach Ansicht des Rektoratskollegiums architektonische Lösungen geben, die das umstrittene Gebäude so „umbauen“, dass die angestrebte Wirtschaftlichkeit darunter nicht leidet. Eine sinnvolle Verwendung des „Altbaus“ gibt es nach Ansicht des Rektoratskollegiums auf jeden Fall. Sollte die Gebäudetechnik für einen künftigen wirtschaftlichen Klinikbetrieb nicht ausreichen, wäre immer noch eine Nutzung für die Verwaltung möglich, die nach wie vor in provisorischen Containerbauten untergebracht ist. Ein Abriss des sanierten Gebäudes ist nach Ansicht des Rektoratskollegiums weder dem Steuerzahler verständlich zu machen, noch ergibt er im Hinblick auf die Gestaltung der Architektur in der Liebigstraße einen Sinn. Das gleiche gilt nach Auffassung des Rektoratskollegiums auch für die Erhaltung der Altbaufassade und des Hörsaals der Chirurgischen Kliniken.“

Peter Gutjahr-Löser

10. August 2001

Unsere Jubilare im November

Wir gratulieren

	60 Jahre				
01. 11.	Dr. med. Flechsig, Ralf 01217 Dresden	13. 11.	MUDr./Univ. Prag. Amlung, Dietrich 09128 Euba	24. 11.	Dr. med. Weiske, Barbara 09217 Burgstädt
01. 11.	Dr. med. Huschke, Eberhard 02708 Löbau	13. 11.	Dr. med. Balster, Uwe 04860 Loßwig	25. 11.	Dr. med. Hermann, Uwe 04539 Groitzsch
01. 11.	Dipl.-Med. Weber, Jürgen 08315 Bernsbach	13. 11.	Dr. med. habil. Ermisch, Jörn 04668 Grimma	26. 11.	Dr. med. Müller, Erna 09633 Tuttendorf
02. 11.	Dr. med. Kirchner, Dorothea 01324 Dresden	13. 11.	Dr. med. Rützig, Renate 01640 Coswig	26. 11.	Pinkert, Armin 02625 Bautzen
02. 11.	Dr. med. Strobel, Reiner 07356 Lobenstein	13. 11.	Dr. med. Schubert, Ursula 01445 Radebeul	27. 11.	Dr. med. Claus, Frank 04860 Torgau
02. 11.	Dr. med. Vogt, Fridrun 09661 Hainichen/OT Cunnersdorf	14. 11.	Dr. med. Vulpe, Sergiu 08648 Bad Brambach	27. 11.	Dr. med. Göpfert, Beate 01309 Dresden
03. 11.	Dr. med. Schröder, Erika 01109 Dresden	14. 11.	Dr. med. Wild, Hans-Jürgen 04838 Eilenburg	27. 11.	Hartig, Gisela 04808 Wurzen
04. 11.	Dr. med. Treff, Angelika 09117 Chemnitz	14. 11.	Dr. med. Winkler-Kowatschewa, Jenny 01917 Kamenz	29. 11.	Dr. med. Kowark, Ursula 01309 Dresden
05. 11.	Dr. med. Rostock, Dieter 65779 Kelkheim	15. 11.	Dr. med. Penzel, Siegfried 08058 Zwickau	29. 11.	Dr. med. Kumutat, Marietta 08132 Mülsen
06. 11.	Dr. med. Stumpf, Roswitha 04575 Neukieritzsch	15. 11.	Dr. med. Schmädicke, Inge 08064 Zwickau	29. 11.	Dr.sc.med. Schütz, Jürgen 04849 Bad Dübén
07. 11.	Dr. med. Formann, Helga 02828 Görlitz	16. 11.	Dr. med. Kaliski, Dietmar 04177 Leipzig	30. 11.	Dr. med. habil. Heim, Michael 01477 Fischbach
07. 11.	Dr. med. Köhler, Margitta 01139 Dresden	16. 11.	Dr. med. Wilhelm, Bärbel 08058 Zwickau		
08. 11.	Dr. med. Löttsch, Christel 04685 Nerchau	19. 11.	Krahl, Ingrid 01108 Dresden	65 Jahre	
08. 11.	Steinhausen, Dieter 01157 Dresden	19. 11.	Dr. med. Pöge, Irmgard 01187 Dresden	02. 11.	Dr. med. Göpfert, Ursula 01219 Dresden
08. 11.	Dr. med. Wurziger, Jürgen 01109 Dresden	20. 11.	Dr. med. Heinick, Ingrid 08393 Meerane	02. 11.	Dr. med. habil. Martin, Hans 04288 Leipzig
10. 11.	Dr. med. Gonsior, Ute 04824 Beucha	21. 11.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jähne, Manfred 08289 Schneeberg	03. 11.	Heilmann, Christa 04109 Leipzig
10. 11.	Dr. med. Mitze, Inge 01279 Dresden	21. 11.	Dr. med. Wolf, Christa 02894 Reichenbach/OT Schöps	03. 11.	Dr. med. Jurczyk, Johannes 09669 Frankenberg
10. 11.	Dr. med. Schneider, Friedbert 02708 Löbau	22. 11.	Dr. med. Helbig, Peter 09117 Chemnitz	03. 11.	Dr. med. Witthuhn, Margot 01900 Kleinröhrsdorf
11. 11.	Dr. med. Bienick, Christine 08301 Schlema	22. 11.	Dr. med. Steuber, Heinz 01309 Dresden	04. 11.	Schleier, Heinrich 09337 Bernsdorf
12. 11.	Dr. med. Dohndorf, Dagmar 01157 Dresden	23. 11.	Dr. med. Gauer, Karin 04454 Holzhausen	05. 11.	Dr. med. Müller, Ursula 01129 Dresden
12. 11.	Dr. med. Köthe, Regine 04229 Leipzig	23. 11.	Dr. med. Radestock, Carla 04651 Bad Lausick	07. 11.	Rauschenbach, Barbara 04299 Leipzig
12. 11.	Dr. med. Zocher, Axel 09669 Frankenberg	24. 11.	Dr. med. Ebert, Dietburg 04860 Torgau	10. 11.	Georgi, Heinz 08060 Zwickau
				10. 11.	Dr. med. Ufer, Christa 01219 Dresden

11. 11.	Dr. med. Höse, Elisabeth 15926 Altsorgefeld	16. 11.	Dr. med. Falk, Hildegard 01189 Dresden	17. 11.	Bleischwitz, Günther 01454 Radeberg
12. 11.	Krohn, Renate 09573 Grünberg	20. 11.	Dr. med. Boudriot, Guido 01069 Dresden	27. 11.	Prof. Dr. med. habil. Lorenz, Kurt 01067 Dresden
12. 11.	Dr. med. Neumerkel, Horst 09432 Großobersdorf	29. 11.	Dr. med. Thalheim, Wolfgang 04720 Döbeln		
14. 11.	Dr. med. Mauler, Helmut 01326 Dresden		75 Jahre		83 Jahre
20. 11.	Dr. med. Parsch, Ingeborg 01445 Radebeul	06. 11.	Dr. med. Schubert, Wolfgang 04299 Leipzig	21. 11.	Dr. med. Sieler, Heinz 04317 Leipzig
23. 11.	Dr. med. Schulze, Christa 01109 Dresden	17. 11.	Dr. med. Dr. med. dent. Luczak, Johannes 04177 Leipzig	30. 11.	Dr. med. Haupt, Rudolf 02763 Zittau
23. 11.	Dr. med. Volland, Joachim 08527 Plauen	22. 11.	Dr. med. Weiß, Herbert 01445 Radebeul		84 Jahre
25. 11.	Dr. med. Köhn, Christa 09111 Chemnitz		80 Jahre	16. 11.	Dr. med. Farwick, Christine 01219 Dresden
27. 11.	Dr. med. Binderemann, Marianne 01067 Dresden	02. 11.	Dr. med. Günther, Martin 01737 Kurort Hartha-Waldhäuser		86 Jahre
27. 11.	Dr. med. Kerl, Martin 04155 Leipzig	04. 11.	Dr. med. Lehnert, Herbert 09116 Chemnitz	24. 11.	Dr. med. Leonhardt, Victoria-Alice 09599 Freiberg
28. 11.	Dr. med. Sonntag, Dieter 09212 Limbach-Oberfrohna	08. 11.	Dr. med. Großer, Rudolf 02826 Görlitz		87 Jahre
30. 11.	Nossek, Annette 04275 Leipzig		81 Jahre	21. 11.	Dr. med. Schmidt, Siegfried 09114 Chemnitz
	70 Jahre	21. 11.	Dr. med. Berlet, Wolfgang 01277 Dresden	25. 11.	Prof. Dr. med. habil. Strauzenberg, Ernest 01731 Saida
04. 11.	Dr. med. Rech, Manfred 09122 Chemnitz		82 Jahre		89 Jahre
08. 11.	Dr. med. Augustin, Brigitte 01326 Dresden	05. 11.	Dr. med. Heckemann, Gertraude 01259 Dresden	30. 11.	Dr. med. Leistner, Elisabeth 08223 Falkenstein
09. 11.	Dr. med. Horn, Ingrid 08289 Schneeberg	12. 11.	Dr. med. Roghan, Ursula 08645 Bad Elster		
13. 11.	Dr. med. Schmidt, Jutta 01307 Dresden	16. 11.	Dr. med. Kipping, Rolf 08058 Zwickau		

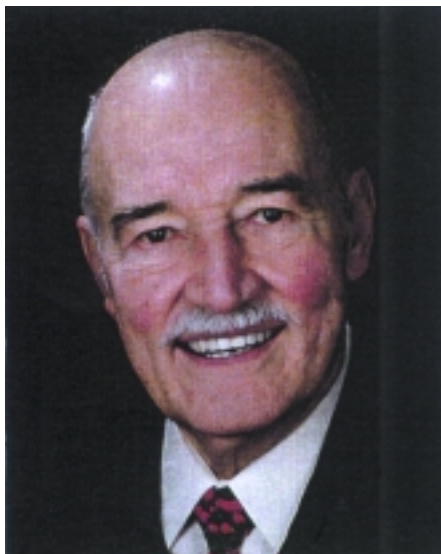
Professor em. Dr. med. habil. Manfred Paerisch zum 80. Geburtstag

Am 18. Juli 2001 feierte Prof. em. Dr. med. habil. Manfred Paerisch seinen 80. Geburtstag, ihm zu Ehren wird am 12. Oktober 2001, 16.00 Uhr in der MEDICA-Klinik für ambulante Rehabilitation und Sportmedizin in Leipzig ein wissenschaftliches Kolloquium abgehalten.

Manfred Paerisch besuchte von 1928 bis 1932 die Volksschule und Oberschule Dresden-Plauen und von 1935 bis 1939 die Fürsten- und Landesschule St. Augustin zu Grimma. Von 1939 bis 1945 studierte er in Berlin, Würzburg, Wien und Prag Medizin, promovierte 1944 in Berlin bei Prof. Erich Gohrband (dem 1. Ober-

arzt von Prof. Sauerbruch) über das „Haemangioma cavernosum“ und war von 1945 bis 1948 als Arzt in der Universitäts-Frauenklinik und Klinik für Innere Medizin in Marburg/Lahn tätig. Hier studierte er als Gasthörer zusätzlich Physik. Wegen seines Engagements bei der Entnazifizierung wurde er in der neu entstehenden Bundesrepublik unbequem und übersiedelte 1949 in den Ostteil Deutschlands, wo er zunächst als Allgemein-Arzt in Radegast (Anhalt) und Pirna (Sachsen) tätig war und 1951 die Arbeit als Physiologe am Physiologisches Institut der Universität Leipzig aufnahm. Seine Beschäftigung mit Herz-Kreislauf-Physio-

logie und Fettgewebestoffwechsel führte ihn auch zur Zusammenarbeit mit dem Leipziger Internisten Prof. Max Bürger. 1956 wurde Dr. Manfred Paerisch zum Direktor des Instituts für Physiologie an der Deutschen Hochschule für Körperkultur und Sport in Leipzig berufen, das 1960 zum Institut für Sportmedizin erweitert wurde. 1964 habilitierte er sich mit dem Thema „Monokulare Orts- und Zeitfunktionen meridionaler Krümmungsradien der Linsenvorderfläche beim Menschen“ und leitete ab 1967 im Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport (FKS) als ordentlicher Professor die Abteilung für Physiologie. Manfred



Paerischs kritische und geradlinige Haltung, insbesondere gegenüber Dopingpraktiken, waren hier wiederum unbequem und brachten die Degradierung zum

Laborleiter und weitere Diskriminierungen mit sich. 1986 erfolgte die Emeritierung. Als Pensionär hat er sich unermüdlich weiter mit physiologischen Konzepten der Funktion des Muskels und der Motorik befasst, insbesondere unter Einbeziehung von Erkenntnissen der Quantenphysik. Nach der Wende führte ihn eine Gastprofessur 1992 für ein halbes Jahr nach Kapstadt (Südafrika).

Sein Grundinteresse galt dem Funktionieren des Organismus unter maximaler Belastung. Mit einer Fülle von außerordentlich originellen Methoden zur nicht-invasiven Diagnostik von Extremzuständen erweiterte er die Erkenntnisse über die Grenzen der Leistungsfähigkeit und deren mögliche Veränderungen. Das machte ihn zu einem genialen und unentbehrlichen Berater der Trainer von Hochleistungssportlern. Mit Ratschlägen und teilweise avantgardistischen Messun-

gen konnte er entscheidende Hinweise für Olympia-Kandidaten geben, wie zum Beispiel mittels telemetrisch übertragener Elektromyogramme (Angleittechnik beim Kugelstoßen), der Quantifizierung des sensomotorischen Übertragungsverhaltens (Volleyball, Sprung), der gezielten Elektrostimulation (Kraft- und Schnellkraftsportarten) oder der Entwicklung einer Konzeption für schnelligkeitsoptimales Training. Seine neuen Trainingskonzeptionen im Schwimmsportverband und im Leichtathletikverband sorgten für entscheidende Durchbrüche bei den Olympiaden in Tokyo (1964) und Mexiko-City (1968).

Seine ehemaligen Mitarbeiter und Schüler wünschen ihm alles Gute für seine Gesundheit, sein persönliches Wohlergehen und seine ungebrochene Schaffenskraft.

PD Dr. med. Dietrich Ebert, Leipzig

Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. Erhard D. Meyer

* 19. 8. 1940
† 14. 8. 2001



Am 14. August 2001 verstarb der Chefarzt der Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten in der Betriebsstätte Kreiskrankenhaus Riesa der Kliniken des Landkreises Riesa-Großenhain nach einer kurzen, schweren Erkrankung.

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Erhard D. Meyer absolvierte seine Fachausbildung zum Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten von 1968 bis 1971 in der HNO-Abteilung des Kreiskrankenhauses Hoyerswerda. Anschließend war er in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik und Poliklinik der Medizinischen Fakultät der Humboldt Universität Berlin (Charité) tätig und leitete zunächst hier die Poliklinik.

Bereits bei seiner Promotion, die er 1969 mit dem Thema „Über die Wirkung des Di-Natrium-Salzes der EDTA auf äthioningeschädigte Ratten“ abschloss, war zu sehen, dass er sich mit experimentellen und theoretischen Problemen der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde intensiv beschäftigte. Er wurde 1973 zum Abteilungsleiter der Neuro-Otologischen Abteilung im Range eines Funktionsoberarztes ernannt und war von 1988 bis 1990 Leiter der Poliklinik der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Charité und seit 1990 Oberarzt hier.

Nach einer kurzen Tätigkeit im Elisabeth-Krankenhaus in Straubing übernahm Herr Priv.-Doz. Dr. med. Meyer am 1. Oktober 1996 die Chefarztposition der Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten des Kreiskrankenhauses Riesa.

Entsprechend seinen exzellenten theoretischen und praktischen Erfahrungen und seiner hohen Einsatzbereitschaft ist es ihm gelungen, in einer sehr kurzen Zeit die Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten der Betriebsstätte Kreiskrankenhaus Riesa der Kliniken des Landkreises Riesa-Großenhain auf ein sehr hohes Niveau zu bringen, indem er die moderne Mittelohr-, Innenohrchirurgie, Tumorchirurgie und die Ohr- und Felsenbeinchirurgie sowie die plastische Chirurgie einarbeitete, seine Mitarbeiter qualifizierte und mit einer hohen Einsatzbereitschaft die Operationen subtil durchführte.

Er hat sich in einer sehr kurzen Zeit in unserem Territorium den Ruf eines hervorragenden Arztes erarbeitet. Gleichzeitig war er als Kursleiter für Ultraschalldiagnostik in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde weiterhin an der Charité in Berlin tätig und bildete zahlreiche Assistentinnen und Assistenten aus.

Im Kreiskrankenhaus Riesa war er seit dem 1. April 2001 stellvertretender Leitender Chefarzt. Auch in dieser Position hat er sein gesamtes Können und Wissen sowie seine enorme Arbeitsintensität in den Dienst der Entwicklung des Krankenhauses gestellt.

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Meyer war jederzeit ein ruhiger, sachlicher, aufgeschlossener Mitarbeiter unseres Krankenhauses, der mit überdurchschnittlichem Engagement die Entwicklung unserer Einrichtung durch den Ausbau der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde vorangetrieben hat und der uns jederzeit ein menschlich wohl tuender, kompetenter und zur Kooperation bereiter Mitarbeiter war.

Wer werden das Andenken an Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Meyer jederzeit bewahren.

Dr. med. Bernhard Hohaus
Leitender Chefarzt
Kliniken des Landkreises
Riesa-Großenhain
Kreiskrankenhaus Riesa